Nr. 23. 7. czerwca 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Prof. Dr. Kazimierz MAJEWSKI. Kraków.

Zaburzenia oczne na tle schorzeń układu krążenia.

Dla każdego lekarza jest rzeczą jasną i poniekąd oczywistą, że wszelkie zaburzenia i zmiany — czyto czynnościowe, czy anatomiczne — w zakresie układu krążenia mogą odbijać się bezpośrednio na organie, tak obficie i — że tak powiem — tak misternie unaczynionym, jak oko. A że wrażenia wzrokowe odbierane przez siatkówkę oka są odsyłane po nerwie wzrokowym do ośrodków mózgowych (w okolicę *cuneus* i *fissura calcarina)*, gdzie ulegają uświadomieniu, więc jest rzeczą oczywistą, że i tam krążenie odbywać się musi prawidłowo i sprawnie. Wszelkie katastrofy naczyniowe na terenie tych ośrodków wzrokowych w mózgu niweczą ich sprawność w uświadamianiu wrażeń wzrokowych i powodują poważne zaburzenia w widzeniu. Chcąc systematycznie omówić liczne i bardzo rozmaite zaburzenia, jakie tu mogą zachodzić, musimy podzielić sobie odpowiednio ten dość rozległy przedmiot i omawiać pokolei wpływ schorzeń poszczególnych odcinków narządu krążenia na czynność narządu wzroku.

Zaczniemy od omówienia skutków, jakie schorzenia anatomiczne i zaburzenia czynnościowe centralnego motoru krążenia, t. j. serca, wywierają na sprawność i zachowanie się narządu wzroku. Skala ważności i wpływu schorzeń serca na funkcjonalną sprawność oka jest bardzo rozległa i odrazu trzeba zaznaczyć, że niektóre uderzające i znamienne zaburzenia akcji serca pozostają często bez jakiegokolwiek widocznego wpływu na funkcjonalną sprawność narządu wzrokowego. Niemniej jednak częstokroć pewne objawy dają się stwierdzić przedmiotowo, np. w obrazie wziernikowym.

Tak więc, zaczynając od *myocarditis*, należy przedewszystkiem zaznaczyć, że tak charakterystyczny objaw tego schorzenia, jakim jest np. arytmja, daje się częstokroć doskonale bezpośrednio obserwować oftalmoskopowo na tętnie naczyń siatkówkowych, zwłaszcza na wyraźnie w tych przypadkach tętniących rozgałęzieniach żyły centralnej siatkówki. Tętno tętnic siatkówkowych jest o wiele trudniej dostrzegalne.

Do bardzo ciężkich następstw dla oczu doprowadzić może *endocarditis septica*, która podobno najczęściej jest poprostu przerzutem powstającym w sercu wśród ogólnej septicemji. Przerzuty oczne w przebiegu *endocarditis ulcerosa* powstają najczęściej drogą embolji septycznej. W najgorszym razie przychodzi wskutek takiej embolji do przerzutowego zapalenia ropnego wewnętrznych błon oka, do ropnej panoftalmji, kończącej się zupełnym zanikiem gałki ocznej. U tychto właśnie chorych widuje się — rzadką pozatem — panoftalmję obustronną, która powoduje zupełną i oczywiście nieuleczalną ślepotę.

Tak zwana *endocarditis lenta* daje częstokroć krwotoczne zmiany w siatkówce. Równocześnie występują też niekiedy wybroczyny spojówkowe i podspojówkowe, podobno również na podłożu embolicznem.

Tak dobrze nawet nieokulistom znana *„embolia arteriae centralis retinae"*, powodująca nagłą utratę wzroku, nawet poczucia światła, okazuje się jednak w świetle najnowszych badań częstokroć nie rzeczywistą embolją, lecz raczej trombozą. Chodzi tu poprostu o powoli rozwijającą się *endarteriitis obliterans* w zakresie tętniczki środkowej siatkówki *(arteria centralis retinae)*, która, jak wiadomo, jest *par excellence* tętnicą „końcową". Sprawa rozwija się powoli i stopniowo, światło naczynia coraz bardziej się zwęża, aż wreszcie, w pewnym momencie dopływ krwi do siatkówki przerywa się nagle i ostatecznie, a tem samem nagle gaśnie poczucie światła. Ta nagłość nasuwa oczywiście myśl o embolji, w rzeczywistości jednak w wielu razach chodzi tylko o nagły i tragiczny finał długotrwałego i powoli postępującego procesu obliteracji.

Baczną uwagę zwracać należy zawsze przy oftalmoskopji na tętnienie naczyń siatkówkowych. Tętno tętnicze widzieć można i w normalnych warunkach zapomocą wielkiego oftalmoskopu Gullstranda dającego znaczne powiększenie obrazu wziernikowego. Szczególnie *insufficientia aortae* daje bardzo wyraźne tętno tętnicy środkowej siatkówki i jej rozgałęzień.

Tętno naczyń włosowatych lub prekapilarów poznaje się po rytmicznem różowieniu się i blednięciu tarczy nerwu wzrokowego, równoczesnem z tętnem tętnicy sprychowej (Quincke, Becker). Objaw ten występuje szczególnie wyraźnie w przypadkach wad zastawkowych serca *(Insufficientia aortae, insufficientia mitralis)*, w przypadkach *Aneurysma aortae*, a także w cięższych postaciach anemji i chlorozy. Tosamo zjawisko występuje także na skutek silnego spadku ciśnienia tętniczego, np. przy omdleniach, w zapadzie, w *stadium algidum* cholery, jak również po silnych krwotokach.

Tętno żylne w obrębie tarczy nerwu wzrokowego jest, jak wiadomo, zjawiskiem fizjologicznem. Znaczenia patologicznego nabiera ono dopiero wtedy, gdy staje się widocznem także na dalszych rozgałęzieniach żył siatkówkowych.

Skolei należy rozważyć wpływ, jaki mogą wywierać na oko zmiany patologiczne we wielkich korytach naczyniowych, a więc w tętnicy głównej i we wielkich pniach żylnych.

Aneurysma aortae wywołuje wogóle z natury rzeczy te same lub podobne skutki w oku, co *insufficientia aortae*, a oprócz tego, spowodu ucisku tętniaka na nerw współczulny powstaje częstokroć wybitna *anisocoria. Aneurysma carotis communis* wywierać może ucisk na *n. symphathicus* na szyi, co powoduje powstanie znanego zespołu Hornera: *ptosis, miosis, enophthalmus. Aneurysma carotis internae* wywierać może ucisk na *chiasma nervorum opticorum* i powodować hemianopsję bitemporalną. Równocześnie wziernik wykrywa bądźto obrzęk na tarczach nerwów wzrokowych, bądźto postępujący zanik tych nerwów.

Dobrze jest pamiętać, że przyczyną wytrzeszczu tętniczego *(exophthalmus pulsans)* bywa zwykle *aneurysma arterio-venosum* powstałe wskutek pęknięcia *arteriae carotis* wewnątrz zatoki jamistej. Krew tętnicza wpada wtedy pod wysokiem ciśnieniem do zatoki żylnej i do żył oczodołowych, powodując wytrzeszcz gałki ocznej i jej wyraźne tętnienie. O ile ucisk na *art. carotis* usuwa chwilowo to tętnienie, powstaje wskazanie do podwiązania tej tętnicy.

Trombozę zatoki jamistej *(sinus cavernosus)* możnaby pomieszać z zapaleniem torebki Tenona *(Tenonitis acuta)* lub z ropnem zapaleniem tkanki oczodołowej *(phlegmone orbitalis)*. We wszystkich tych trzech wypadkach mamy do czynienia z ciężkim obrazem klinicznym, na który składają się: obrzęk powiek, chemoza (t. j. obrzęk spojówki gałkowej), wytrzeszcz i częściowe lub nawet całkowite unieruchomienie gałki ocznej. Do tych zewnętrznych objawów dołącza się wnet *neuritis optica* z obrzękiem tarczy nerwu wzrokowego i z wynaczynieniami, a funkcja oka spada wkrótce do zera, to znaczy kończy się zupełną i zazwyczaj ostateczną amaurozą.

Szczególną uwagę musimy poświęcić ogólnej miażdżycy naczyń, która odgrywa ważną rolę w patogenezie różnych schorzeń narządu wzroku. Nas będzie przedewszystkiem zajmować układ naczyń zaopatrujących percepcyjną część narządu wzrokowego, t. j. siatkówkę i nerw wzrokowy.

Na wstępie trzeba też zaznaczyć, że zmiany miażdżycowe występują o wiele częściej, a w każdym razie o wiele wcześniej w ścianach naczyń mózgowych niż w naczyniach nerwu wzrokowego i siatkówki. Wynika z tego, że prawidłowy obraz dna oka u ludzi starych nie wyklucza bynajmniej istnienia daleko nawet posuniętej już miażdżycy naczyń mózgowych. Predylekcyjnemi miejscami sklerozy naczyń centralnych siatkówki są: okolica weiścia *arteriae centralis retinae* do pnia nerwu wzrokowego i okolica przejścia włókien tego nerwu przez blaszkę sitową *(lamina cribrosa)*.

Oftalmoskopowe objawy sklerozy naczyń siatkówkowych są następujące: naczynia tak żylne, jak zwłaszcza tętnicze, dotknięte miażdżycą, okazują przebieg bardziej kręty, wężykowaty *(tortuositas vasorum)* w porównaniu z naczyniami prawidłowemi. Trzeba pamiętać, że w normalnym obrazie oftalmoskopowym nie widzimy wcale ścian naczyń siatkówkowych. To, co widzimy, to jest tylko słup krwi, — może lepiej powiedzieć — nitka krwi krążącej w tych naczyniach. Natomiast w naczyniach dotkniętych sklerozą, ściany ich stają się widoczne, a równocześnie zauwa-

żyć możemy mniej lub więcej wyraźne zwężenie strumienia krwi. Niejednokrotnie zauważyć się też dają bądźto przewężenia, bądź przeciwnie wrzecionowate rozszerzenia światła tętnic i żył. Ostatecznie dochodzi często na pewnych odcinkach do zupełnego zarośnięcia światła tętnic i żył. Wreszcie naczynia te przemieniają się w białe nitki lub w sznury tętniaczków, podobnych do białych perełek. Czasem widuje się w ścianach naczyń błyszczące punkciki. Są to złogi wapienne. Niekiedy spotyka się miejscowe rozszerzenia żył siatkówkowych, często mianowicie przed miejscem skrzyżowania ze sklerotyczną tętniczką, która taką żyłę niejako przyciska.

Wyżej opisane zmiany same przez się nie wywołują jeszcze wyraźnych zaburzeń czynnościowych, t. j. upośledzenia funkcji wzrokowej, ale stwarzają stan potencjonalnego niebezpieczeństwa. Zaburzenia wzrokowe powstają dopiero, jak się wyraża S a t t l e r, wskutek różnych, możliwych „katastrof", a więc wskutek zamknięcia światła tętnic lub żył i tym podobnych zdarzeń.

Tromboza pnia lub jednej z gałęzi *venae centralis retinae* prowadzi zazwyczaj do jaskry krwotocznej (*Glaucoma haemorrhagicum*). Jest to pod względem prognozy najgorszy gatunek jaskry, zwykle nienadającej się do leczenia operacyjnego, a zatem prowadzącej do nieuchronnej i ostatecznej utraty wzroku i powodującej bóle, które zmuszają nieraz do wyłuszczenia oślepłego oka.

Teraz parę słów o embolji *arteriae centralis retinae*. O ile tromboza powstaje na miejscu i stopniowo doprowadza do zamknięcia światła naczyniowego, to przeciwnie *embolus* bywa zazwyczaj prądem krwi zdaleka (np. z zastawki sercowej) do tętnicy oka naniesiony i zatyka ją w miejscu, gdzie wymiary światła naczyniowego nie pozwalają mu się już dalej posunąć. Zapatrywanie niektórych autorów, że i tu chodzi w każdym przypadku o lokalnie powstałą trombozę (H a a b, H a r m s) nie wytrzymuje krytyki. Niewątpliwie jednak należy także przyjąć możliwość *endarteriitis obliterans*, która powoli i stopniowo zwęża coraz bardziej światło naczynia, aż wreszcie doprowadza w pewnej chwili do zupełnego i ostatecznego zamknięcia tego światła i wtedy — jako zakończenie długotrwałego i powolnego procesu — powstaje „nagła" utrata wzroku i poczucia światła w oku dotąd normalnie widzącem. Jest to przykład katastrofy wzrokowej, która spada na oko zupełnie niespodziewanie, ale na którą, bez wiedzy chorego i bez wiedzy lekarza, zanosiło się oddawna.

Teraz musimy omówić pokrótce powstawanie i znaczenie krwotoków śródgałkowych.

Pęknięcia naczyń śródgałkowych, zwłaszcza tętnic i żył siatkówkowych, prowadzą zwykle do silnych krwotoków, w następstwie których krew wypełnia szczelnie prawie całe wnętrze oka, w szczególności zaś przenika ciało szkliste, a więc tylną komorę gałki ocznej. Znany jest obraz takiego śródgałkowego krwotoku pod nazwą *haemorrhagia intrabulbaris juvenilis*, gdyż występuje u osobników młodych, wrażliwych, często ze zmianami gruźliczemi w szczytach. Chodzi tu najczęściej o *phlebitis* lub *periphlebitis tuberculosa*. Krwotok jest zwykle następstwem przeżarcia ściany takiej schorzałej żyły naczyniówkowej lub siatkówkowej. Krew wylana resorbuje się zwykle, przynajmniej częściowo, ale istnieje skłonność do nawrotów. Częstem następstwem takich krwotoków jest oftalmoskopowy obraz znany pod nazwą *retinitis proliferans*. Są to grube pokłady białej masy odbarwionych skrzepów krwi, pokrywające na znacznej przestrzeni siatkówkę i naczyniówkę.

U osób starszych powtarzające się krwotoki z naczyń siatkówkowych obciążają poniekąd rokowanie *quoad vitam*, bo świadczą o bardzo znacznej kruchości ścian tych naczyń, skoro one tak łatwo pękają pomimo, że ciśnienie wewnątrz nich panujące jest przecie w znacznym stopniu zrównoważone i wyrównane przez ciśnienie śródgałkowe, dochodzące do 30 mm słupa rtęci.

Istnieją też schorzenia na tle gruźlicy. Znane wypadki nagłych krwotoków śródgałkowych, w ciele szklistem i w siatkówce, zdarzające się u osobników młodych, wątłych, ze zmianami w szczytach, mają swe źródło zazwyczaj w zmianach gruźliczych ścian naczyniowych, zwłaszcza w żyłach siatkówki. A x e n f e l d, S u g a n u m a, F l e i s c h e r wykazali anatomicznie gruzełki w ścianach rozgałęzień *venae centralis retinae*, ale obecności prątków wykryć nie zdołali. Nawiasem wspomnę, że do leczenia takiej *periphlebitis retinalis tuberculosa* dobrze nadaje się często w ostatnich czasach stosowana tebeprotina (Brudzewski).

Schorzenia kiłowe naczyń siatkówkowych nie należą bynajmniej do rzadkości. W przypadkach tych widuje się często białe pochewki wzdłuż ścian naczyń, najczęściej wzdłuż tętnic siatkówkowych. Wskutek zgrubienia intimy przychodzi często do zupełnej obliteracji drobniejszych gałązek tętniczych. W oczach tych widuje się często wynaczynienia w siatkówce, białe ogniska pokrwotoczne, niekiedy występuje *neuritis optica, retinitis exsudativa, atrophia n. optici*. Najczęściej atakuje kiła naczyniówkę. W jej naczyniach bywają zwykle zajęte *adventitia i intima*. *Media* bywa często prawidłową. W ścianach naczyniowych udało się niejednokrotnie wykazać obecność krętków bladych.

W dalszym ciągu podkreślić należy niewątpliwy związek, jaki istnieje między zmianami patologicznemi w układzie naczyniowym a jaskrą, istnieje bowiem niewątpliwa zależność między ciśnieniem krwi a ciśnieniem śródocznem. Tak np. H o r n i k i e r wykazał, że u osób, u których ciśnienie krwi w obu tętnicach ramieniowych nie jest jednakie, to po stronie, gdzie jest wyższe, oko jest twardsze. Pamiętać jednak należy, że wzmożone ciśnienie krwi nie jest bynajmniej jedyną przyczyną jaskry. Jest ono tylko jednym z czynników sprzyjających powstaniu hipertonji w oku. H e r t e l wykazał doświadczalnie, że po wprowadzeniu do krwiobiegu roztworu hipertonicznego soli powstaje *hypotonia oculi* — i *vice versa*. W i l c z e k w toku swych doświadczeń nad rolą naczyniówki w ciśnieniu wśródocznem sprawdził te spostrzeżenia H e r t l a. Zjawiska naczynioruchowe u sklerotyków ze sztywnemi ścianami naczyń są oczywiście mniej wyraźne niż u osób normalnych.

Na tle *nephritis chronica* występują w oczach charakterystyczne zmiany siatkówkowe, dla których punktem wyjścia jest również schorzenie ścian naczyniowych. Powstaje mianowicie obraz tak zwanej *retinitis albuminurica* — i to przedewszystkiem w przypadkach, w których równocześnie istnieje wysokie ciśnienie krwi. Czy to dopiero *azotaemia* staje się tutaj czynnikiem, który wywołuje charakterystyczne zmiany na dnie oczu, jest jeszcze kwestją sporną. W każdym razie wiadomo, że nawet w przypadkach nadciśnienia ogólnego bez równoczesnego zapalenia nerek powstaje niekiedy typowy obraz wziernikowy *retinitis albuminurica*.

Zmiany siatkówkowe, białe ogniska, wynaczynienia, spotykane nierzadko u diabetyków zależą prawdopodobnie również od ogólnej hipertonji, o ile ona — zwłaszcza u osób starszych — równocześnie istnieje. W każdym razie podkreślić należy fakt, że u diabetyków z normalnem ciśnieniem krwi, zmian siatkówkowych nie widuje się prawie nigdy.

W przypadkach niedokrwistości złośliwej (*anaemia perniciosa Biermeri*) uderza nas już przy badaniu zewnętrznem oka wielka bladość spojówek, a wziernikiem stwierdzamy zbledniecie tarczy nerwu wzrokowego i charakterystyczną, „woskową" bladość naczyniówki, która w normalnym stanie okazuje żywo czerwone zabarwienie.

Podobny obraz dna oka spotykamy u dziewcząt cierpiących na blednicę (*chlorosis*), u których — jak wiadomo — ilość hemoglobiny we krwi jest wogóle zmniejszona, a w szczególności zmniejszona bardziej niż ilość krwinek. Są opisane przypadki ciężkiej chlorozy, nawet z tak poważnemi powikłaniami ze strony oczu, jak np. *thrombosis sinus cavernosi*. Wyjątkowo stwierdzano u blednicowych, przy wzmożonem ciśnieniu śródczaszkowem — nawet wyraźną tarczę zastoinową.

Na osobną wzmiankę zasługują różne skazy krwotoczne, np. *haemofilia*. Jasną jest rzeczą, że nieraz drobne uszkodzenie, skaleczenie oka, czy uraz nawet tępy, może u krwawca spowodować katastrofalną hemoragję śródgałkową, ze zniszczeniem ważnych dla wzroku błon wewnętrznych oka. Jaskra u takich osób przybrać może również niebezpieczny charakter krwotoczny. Takie *glaucoma haemorhagicum*, pod względem operacyjnym *„noli me tangere"*, staje się tem samem dla hemofilika wyrokiem skazującym go na nieodwołalną i nieuleczalną ślepotę. Nawiasowo dodam, że wedle doświadczeń klinicznych H e s s b e r g a i S t e p h a n a ma w tych wypadkach działać leczniczo i zapobiegawczo systematyczne naświetlanie śledziony Roentgenem.

Tutaj chcę jeszcze wspomnieć, że istnieją pewne szczególne postacie chorobowe, w których oftalmoskop wykazuje na dnie oczu dziwaczne, czerwone guzy, wystające nad powierzchnię siatkówki, do których dochodzą bardzo rozdęte i pokręcone naczynia. Pozatem rozsiane są po dnie oka białe punkty i plamy (prawdopodobnie odbarwione wynaczynienia krwi), a wreszcie w kłębki pozwijane naczynia. W późniejszych okresach choroby masowe wysięki i plamy przypominające obraz choroby zwanej *retinitis exsudativa Coatsa*. Autorowie przypuszczają, że w przypadkach tych chodzi chyba o wrodzone zaburzenia w rozwoju naczyń siatkówkowych.

Osobną grupę stanowią przypadki zaburzeń wzrokowych natury angiospastycznej.

Wiadomo, że najczęstszą podstawą migreny ocznej czyli tak zwanego *scotoma scintillans* jest zaburzenie angiospastyczne w ośrodkach widzenia (więc w okolicy *cuneus* i *fissura calcarina*). Choremu nagle znikają przedmioty znajdujące się po jego prawej albo lewej stronie, lub w połowach obu pól widzenia spostrzega różne migotliwe zjawiska, jak świecące zygzaki, fiołkowe, złociste i inne, często wprost fantastycznie opisywane pseudo-

fosfeny, dla których w polskiej terminologji okulistycznej przyjęto nazwę „mroczków lśniących". Stanowią one niejako przygrywkę, uwerturę do właściwego zespołu klinicznego, którym jest zwykle bardzo silny połowiczy ból głowy, połączony niekiedy z nudnościami, wymiotami, zawrotami, i trwający czasem kilka, a nawet kilkanaście godzin. To jest właśnie owa powszechnie znana Charcotowska migrena oczna *(migraine ophtalmique).* Wspomniałem o niej tutaj pokrótce dlatego, że punktem jej wyjścia jest także zaburzenie natury krążeniowej.

Teraz chcę jeszcze parę słów powiedzieć o zaburzeniach wzrokowych, jakie występują po wielkich, obfitych krwotokach. Wogóle zaburzenia oczne w następstwie znaczniejszej utraty krwi widujemy częściej u kobiet niż u mężczyzn, bo kobiety podlegają krwawieniom miesiączkowym, wielkim krwotokom porodowym, a zwłaszcza zastraszającym krwotokom wskutek nieumiejętnie wywołanych poronień. U mężczyzn nagół okazje do wielkiej utraty krwi są rzadsze, oczywiście poza okresami wojen, w czasie których żołnierz przecie obficie krew za ojczyznę przelewa. W normalnych czasach przypadki znacznej utraty krwi zdarzają się wskutek różnych nieszczęśliwych wypadków przy pracy w fabrykach, w kopalniach, na kolejach i t. p. Pozatem w przebiegu pewnych schorzeń przewodu pokarmowego takich, jak *ulcus, carcinoma ventriculi, duodeni, intestinorum,* zachodzi — jak wiadomo — niebezpieczeństwo wielkich, nawet dla życia groźnych krwotoków.

Zaburzenia oczne z utraty krwi występują zwykle dopiero po pewnym czasie, po upływie 12 do 48 godzin, a czasem nawet jeszcze później. Upośledzenie wzroku ma charakter amblyopji, która jednak może stopniować się aż do zupełnej amaurozy. Zwykle zwęża się także pole widzenia i to mianowicie nieraz w obu oczach od dołu. Tłómaczy się to tem, że pod działaniem siły ciężkości krew wypełnia lepiej naczynia w dolnych połowach siatkówek, a górne ich połowy skazane są na niedokrwienie i na głód tlenu. Oczywiście wchodzi tu w grę prawo odwrotnej projekcji wrażeń siatkówkowych.

Badanie przedmiotowe wziernikiem ocznym wykazuje w tych przypadkach bladość tarczy nerwów wzrokowych, a w ich otoczeniu białawe zabarwienie siatkówki. Czasem stwierdza się *neuritis optica in atrophiam vergens.*

Prognoza co do możliwości odzyskania wzroku kształtuje się najgorzej w tych przypadkach, w których utrata wzroku nastąpiła już w czasie krwawienia. Badanie anatomopatologiczne wykazuje w tych wypadkach zanik nerwów wzrokowych i zwyrodnienie tłuszczowe siatkówki.

Leczenie — poza usiłowaniem zatamowania krwotoku — polega na zachowaniu zupełnego spokoju przy niskiem ułożeniu głowy chorego, a przedewszystkiem na jaknajrychlejszem wykonaniu przetoczenia krwi lub przynajmniej infuzji rozczynu fizjologicznego soli. Pozatem wskazane być może wykonanie nakłucia przedniej komory oka i wypuszczenie cieczy wodnej, przez co — niejako *ex vacuo* — wywołuje się silniejszy, odżywczy dopływ krwi do naczyń siatkówki i naczyniówki.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Józef GASIŃSKI. Kraków.

Przypadek wielokrotnych, dziedzicznych wyrośli kostno-chrząstkowych.

Z Oddziału Chirurg. Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Ordynator: Prof. Dr. Jan Glatzel.

Wielokrotne wyrośla kostno-chrząstkowe, dziedziczne, należą do stosunkowo rzadkich schorzeń układu kostnego. Opisane po raz pierwszy przez Astley Cooper'a jako *exostoses cartilagineae multiplices,* znane są w literaturze angielskiej pod nazwą: *diaphysial aclasis.* Rozmaitej wielkości, rozmaicie umiejscowione, sadowią się najchętniej na kościach długich kończyn i to w pobliżu nasad, na granicy chrząstki i kości żeber, rzadziej na łopatce, obojczyku, kręgach i miednicy. Najrzadziej sadowią się na czaszce. Niektóre wyrośla dochodzą sczasem do większych rozmiarów. Duży guz talerza biodrowego prawego, prawego kolana i prawej pięty opisał Haberer. Läwen opisał duży guz łopatki prawej, Baf prawego ramienia, Firer łopatki, przedramienia, palców i t. p.

Kształt wyrośli może być najrozmaitszy, od małych guzków, wyrośli mniej lub więcej stożkowatych, do wyrośli bardzo rozgałęzionych, wreszcie guzów dużych o dość szerokiej podstawie. Wyrośla małe, usadowione na kończynach, ukryte są zwykle w częściach miękkich. Wyrośla otoczone są czasem torebką stawową, wypełnioną mazią stawową (Orłow, Fischer). Trzon wyrośli bywa kostny, powierzchnia wyrośli jest najczęściej pokryta chrząstką.

Ilość wyrośli u jednego osobnika może być znaczna. Lewin naliczył ich 50, Chiari do 1000.

Rentgenologicznie przedstawiają się jako wyrośla przeważnie kostne. Zależy to jednak od wieku chorego. U osobników młodych są one chrząstkowe lub chrząstkowo-kostne. Uwapnienie ich jest zwykle tego samego stopnia, jak kości szkieletowych danego osobnika. Niektóre tylko nie mają w obrazie rentgenowskim struktury, miejscami tylko są silniej uwapnione. Inne natomiast mają zupełnie wyraźny rysunek beleczek kostnych. Obraz rentgenologiczny określa dopiero dokładnie kształt wyrośli, zwłaszcza małych, rozgałęzionych, ukrytych w częściach miękkich.

Wyrośla rosnąc, zniekształcają, skracają, wyginają poszczególne kości kończyn, wiodąc nawet do zwichnięć. Sadowiąc się najczęściej na kościach długich kończyn, przeszkadzają przy chodzeniu, siedzeniu, uciskając zaś na pnie nerwowe, sprawiają dotkliwe bóle. Ruchy takich kończyn są nierzadko ograniczone.

Wyrośla te występują częściej u mężczyzn aniżeli u kobiet. Hesterbrink i Lindenbaum kładą to na karb większej ilości urodzin osobników płci męskiej w tych rodzinach. Stosunek płci męskiej do żeńskiej podaje Dreyer na 3 : 2, Weber 3 : 1, Pels Leusden 8 : 2, Bauer 100 : 64, Läwen na 17 przypadków miał 13 mężczyzn, 4 kobiety. Reinecke podaje, że u mężczyzn wyrośla występują 3 razy częściej, aniżeli u kobiet.

Wielokrotne wyrośla kostno-chrząstkowe (według Scott i Lall'a) rzadko występują w Anglji. Częste są zaś w Indjach. Lewin podkreśla rzadkość schorzenia u ras kolorowych, Alipow stwierdził to samo w Rosji.

Wyrośla te spostrzegano już u noworodków, opisano je u dwuletnich. Najczęściej występują około pierwszego dziesiątka lat. Opisywano je także w wieku późniejszym, po czwartym dziesiątku lat.

Wyrośla wielokrotne rosną bardzo wolno. Z ustaniem wzrostu ustroju, przestają najczęściej róść. Zwyrodnienie złośliwe jest bardzo rzadkie. Opisywano przypadki (Hartmann) zmniejszania się wyrośli a nawet zanikania, oraz przypadki zanikania niektórych tylko wyrośli, gdy inne pozostały bez zmiany. Spostrzegano też szereg przypadków, w których wyrośla kostno-chrząstkowe wystąpiły u tego samego osobnika razem z chrzęstniakami (Weber, Sommerschein, Virchow, Drescher, Richter, Kryger i inni). Niektórzy autorowie sądzą nawet, że wyrośla i chrzęstniaki genetycznie mają związek ze sobą.

Wyrośle kostno-chrząstkowe spostrzegano nieraz w kilku pokoleniach jednej rodziny. W parze z niemi idzie rozmaitego stopnia niedorozwój fizyczny, zahamowanie wzrostu zwłaszcza kośćca, a nawet pewien niedorozwój duchowy.

Powstawanie wyrośli rozmaicie tłómaczą. Jedni przypuszczają, że podstawą jest tu schorzenie wielogruczołowe (Epifanow, Zacharjan, Lucien i Parissot). Ledoux i Cottet sądzą, że może grasica ma związek z tem schorzeniem, Ugo Soli, Lucien i Parissot otrzymywali bowiem po usunięciu u królików grasicy, zmiany w nasadach kości, zawsze zaś ich zgrubienia i wydłużenia. W przypadku Lucien i Parissot, istniała u noworodka duża grasica, wyrośla zaś pojawiły się w drugim roku życia. Epifanow, opisując przypadek dotyczący 18-letniego chłopca, z cielesnym i duchowym niedorozwojem, małego wzrostu, hiposeksualnego, przypuszcza, że tarczyca i gruczoły płciowe odgrywają ważną rolę w tem schorzeniu wielogruczołowem. Henninger zaś sądzi, że podstawą powstawania wyrośli jest wadliwe założenie tkanki chrząstko-kostnotwórczej. Jakobowicz przypuszcza, że podstawą są zboczenia plazmy zarodkowej. Pels Leusden zaś sądzi, że cała sprawa polega na zboczeniach dopiero w okresie wzrostu. Najsilniejszy wzrost wyrośli przypada często na okres pokwitania. Wedle Pels Leusdena istnieje związek pomiędzy zaburzeniami wzrostu a występowaniem wyrośli. Jeśli już nie cały kościec, to przynajmniej kończyny, gdzie usadowione są wyrośla, upośledzone są we wzroście. Pels Leusden sądzi, że zaburzenia wzrostu i tworzenie się wyrośli są współrzędnemi objawami tego samego schorzenia. Na podstawie drobnowidowych badań doszedł on do następujących wniosków. W częściach obwodowych nasad, partje chrząstkowe otrzymują fałszywy kierunek wzrostu. Te części chrząstki przechodzą okresy zbliżone do prawidłowego kostnienia śródchrząstkowego i wytwarzają tkankę kostną odszczepioną, której warstwa korowa i szpik kostny pozostaje w łączności z warstwami macierzystemi. Wzrost następuje jednak tylko w jednym kierunku, nie tak jak w nasadzie, gdzie tworzy się środkowe jądro kostne, a kostnienie odbywa się we wszystkich kierunkach. Przez to odróżnia się kostnienie wyrośli od kostnienia przystawowych części kości długich,

oraz kostnienia np. w obrębie krętarza dużego. Chrząstka pośrednia, mająca największą siłę wzrostu, jest macierzystą dla wyrośli. Odpowiednio do tego, w miejscach najsilniejszego wzrostu chrząstki pośredniej w obu wymiarach, pojawiają się najczęściej wyrośla, a więc w górnym odcinku ramienia, w obwodowym odcinku kości promieniowej, w częściach przystawowych kości udowej, kości goleni.

Chrząstka pośrednia może mieć nieprawidłowe właściwości. Stwierdzić to można po nieregularnym kształcie linji przyrostowej, silnem grubieniu kości zwłaszcza w obrębie trzonu. Tego zdania jest także Kienböck. Nieregularny wzrost w częściach środkowych nasady nie wiedzie do tworzenia się wyrośli, ale do skrzywień i wygięć w linji przyrostowej.

Opisano przypadki, w których wyrośla znajdują się w środku lub bliżej środka trzonu kości. Tłómaczy się to jednak tem, że wyrośle zatrzymało swoje pierwotne położenie na kości, natomiast granica chrząstkowa coraz bardziej oddalała się w miarę wzrostu i wydłużania się kości.

Maclean zwrócił uwagę na wielce charakterystyczny fakt. Wyrośla sadowią się najrzadziej tam, gdzie tętnica odżywcza wchodzi do kości. U płodu tętnica ta pod kątem prostym przebija kość, mniejwięcej w jej środku. Później wskutek wzrostu kości i przesunięcia okostnej, tętnica ta biegnie skośnie, i to w tym kierunku, w którym kość najsilniej rośnie na długość. Otwory odżywcze wskazują więc w zarysie na najwcześniej skostniały odcinek kości. Tak samo wyrośla mają spoczątku prosty kierunek, później dopiero części miękkie wraz ze wzrostem kości zmieniają ten kierunek na skośny.

Hartmann podaje, że wyrośla powstają z chrząstki zarodkowej, mogą tedy powstać wszędzie i jest rzeczą obojętną, czy pozostałość tej chrząstki zwie się później chrząstką pośrednią, czy nie.

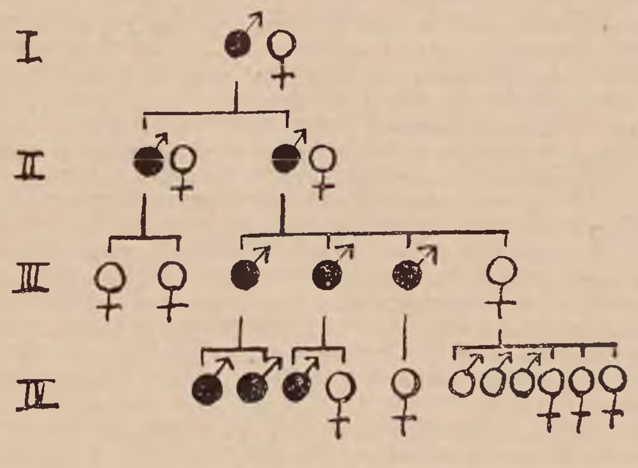
Kostnienie wyrośli badał Weber. Doszedł on do wniosku, że spotyka się w nich, na małej stosunkowo przestrzeni, rozmaite typy kostnienia, jak kostnienie ochrzęstne, wśródchrząstkowe, dalej metaplastyczny typ tworzenia się kości. Kombinacje tych typów kostnienia składają się na tę różnorodność form, jaką spotykamy w wielokrotnych wyroślach kostno-chrząstkowych.

Najbardziej charakterystyczną cechą tych wyrośli jest ich dziedziczenie. Spostrzegli to już dawni autorowie. Henninger sądzi, że odbywa się to według praw Mendla i że wchodzi tu w grę swoisty dla tych wyrośli czynnik dziedziczny. Opisywano dziedziczenie tych wyrośli w paru pokoleniach (Henninger, Baf, Jakobowicz w trzech pokoleniach i t. d.). Osobnicy z wyroślami dziedziczą także i chrzęstniaki, osobnicy zaś z wyroślami i chrzęstniakami, dziedziczą tylko wyrośla (Henninger). Langenskiöld na podstawie przypadków własnych i zebranych z literatury potwierdza, że dziedziczenie odbywa się według praw Mendla (według formuły DR : RR). Osobnicy z wyroślami mają zawsze takież potomstwo. Zdrowe dzieci osób obarczonych wyroślami, łącząc się ze zdrowemi, płodzą zdrowe potomstwo.

Scott i Lall uważają mężczyzn, Cajal kobiety za płeć przekazującą cechę dziedziczną. Są bowiem rodziny, w których przez parę pokoleń jedna tylko płeć jest obarczona wyroślami, druga natomiast jest zupełnie wolna. Cały szereg jednak przypadków występowania wyrośli u obu płci w jednej rodzinie przeczy temu zapatrywaniu.

Birkenfeld opisał zajmujący przypadek (i to po raz pierwszy w literaturze) wyrośli występujących u bliźniąt jednej płci, płodów jednojajowych. Przypadek ten potwierdza dziedziczność tego schorzenia. Pokrowsky wyraża zdanie, że ze względu na dziedziczenie wyrośli według praw Mendla wszystkie hipotezy oświetlające ich powstawanie są nie do przyjęcia. Przyczyną schorzenia, sądzi on, jest czynnik patologiczny, powodujący wadliwe założenie tkanki kostno-twórczej. Fenotypowo wyraża się to przez asymetrję wzrostu, skrócenia, wygięcia oraz powstawanie wielokrotnych wyrośli kostno-chrząstkowych. Najwłaściwszem określeniem dla tego schorzenia byłaby — według niego — nazwa: *osteo-dysplasia exostotica.*

Nasz przypadek własny jest godny uwagi spowodu rzadkiego usadowienia dużego guza na prawym talerzu biodrowym, oraz spowodu jego zwyrodnienia złośliwego. Chory, 30-letni nauczyciel, od małego dziecka ma rozsiane po kończynach i miednicy guzy, rosnące z czasem, jednak bardzo wolno. Przed 10 laty operowany na tut. oddziele spowodu dużego guza lewej goleni, który przeszkadzał choremu przy ubieraniu i chodzeniu. Obecnie zgłasza się chory, ponieważ mały przedtem guz na prawym talerzu biodrowym rośnie w ostatnim czasie coraz szybciej i doszedł do wielkości głowy dziecka. Drugi zaś guz, usadowiony na tylnej, górnej części prawego uda, przeszkadza choremu przy siedzeniu. Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, ani narządu moczowego nie ma żadnych. Chory podaje, że dziadek, ojciec i stryj jego, mieli podobne guzy, rozsiane po kończynach. Babka, matka, dwie córki stryja, były zupełnie zdrowe. Dwóch braci chorego ma takie same guzy, w tym samym mniejwięcej stopniu rozwinięte. Siostra chorego nie ma guzów. Starszy brat miał dwóch synów, obaj mają wyrośla. Nasz chory ma syna, u którego już w pierwszym roku życia zauważył guzy i córkę, która nie ma guzów. Młodszy brat ożenił się z wdową po star-



Tablica I.

szym bracie. Córka ich wyrośli nie ma. Siostra chorego, wyszedłszy zamąż za osobnika zdrowego, ma potomstwo wolne od narośli (w tem trzech synów). W rodzinie tej, wyłącznie osobnicy płci męskiej są obarczeni wyroślami, płeć żeńska jest wolna.

Badaniem przedmiotowem stwierdzono co następuje: Osobnik wzrostu raczej niskiego, budowy symetrycznej. Narządy klatki piersiowej bez zmian. W moczu i krwi stosunki prawidłowe. Kończyny dolne niekształtne, golenie nieco wygięte, zwłaszcza lewa,



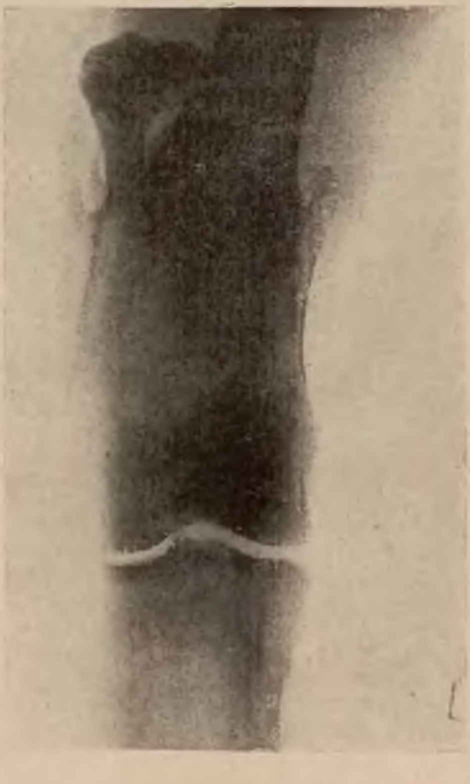
Ryc. 1.

ku stronie zewnętrznej. Goleń lewa krótsza o $1^1/_2$ cm. Na kończynach i miednicy rozsiane guzy rozmaitej wielkości, od wielkości orzecha włoskiego, jabłka, pięści, do wielkości głowy dziecka. Guzy te, o jednakowym charakterze, twarde, niebolesne, na podstawie nieruchome są rozmaitego kształtu. I tak na prawem ramieniu w 1/3 górnej części, po stronie zewnętrznej, guz wielkości jaja kurzego, wypuklający nieznacznie części miękkie. Na talerzu

biodrowym prawym guz duży, owalny, usadowiony skośnie od góry i zewnątrz ku dołowi i do wewnątrz, wielkości dużej głowy dziecka, twardy, gładki, nieruchomy, ściśle złączony z talerzem biodrowym, przyśrodkowo nie dochodzi do linji środkowej ciała, ku górze sięga do połowy odległości między kolcem biodrowym



Ryc. 2.



Ryc. 3.

a łukiem żebrowym, ku dołowi przechodzi na górną przednią część uda, ograniczając zginanie kończyny w stawie biodrowym. Na tylnej 1/3 górnej części uda prawego guz wielkości dwu pięści, ukryty w częściach miękkich, przeszkadzający przy siedzeniu. Na obu udach, w 1/3 części dolnej, po stronie wewnętrznej i zewnętrznej, guzy wielkości jaja kurzego. Na udzie lewem, po stronie wewnętrznej większy. Na obu goleniach, tuż poniżej stawów kolanowych, takie same guzy, i to po obu stronach. Na obu goleniach w 1/3 dolnej części stylu guzy wielkości jaja kurzego. Na goleni lewej w dolnej 1/3 części blizna stara pooperacyjna, pozostałość po zabiegu sprzed 10 lat.

Badanie rentgenologiczne stwierdza wyrośla przeważnie kostne, o tem samem uwapnieniu jak kość, na której są usadowione. Kształt ich jest najrozmaitszy. Na prawem ramieniu wyrośla nieduże, o stosunkowo szerokiej podstawie. W guzach na miednicy i górnej tylnej części uda prawego prawie brak uwapnienia. W dolnych częściach kości udowych mają kształt stożkowaty, wygięte są ku górze, na udzie lewem rozgałęzione, niektóre z szeroką koroną na szczycie. Obie kości goleni połączone są ze sobą tkanką kostną wyrośli, goleń lewa wygięta ku stronie zewnętrznej w jednej trzeciej dolnej części. Szybki wzrost guza na talerzu biodrowym prawym, jego wielkość oraz podejrzenie, że zwyrodniał złośliwie, przemawiały za jego usunięciem.



Ryc. 4.

Zabieg operacyjny wykonano w uśpieniu ogólnem, po uprzedniem podaniu mf. Cięciem skośnem wzdłuż osi guza, od góry nadół aż na przednią część uda, przecięto części miękkie. Otrzewnę, rozpostartą na biegunie górnym, odsunięto dość łatwo. Taksamo naczynia, nerwy i mięśnie, rozpięte na ścianie przyśrodkowej, oddzielono łatwo. Biegun dolny uwolniono po przecięciu więzadła pachwinowego. Guz wtedy można było nieco unieść od strony przyśrodkowej. Cała natomiast okolica talerza biodrowego jest zajęta podstawą guza dość szeroką. Kość w tem miejscu zniszczona, guz ma charakter rozmiękającego mięsaka. Wycięto tedy cały guz wraz z częścią talerza biodrowego, oszczędzając zdrowy zresztą staw biodrowy. Szew warstwowy części miękkich. Guz wagi około: 1500 g, obwodu 34 cm wszerz, 40 cm wzdłuż. Na przekroju barwy szarawo-żółtawej, rozmaitej zbitości.

Badanie drobnowidowe, wykonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski) stwierdziło utkanie mięsaka o komórkach wrzecionowatych. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Rana zagojona, po trzech tygodniach chory zupełnie dobrze chodzi, nie utykając. Zgięcie w stawie biodrowym prawym o wiele wydatniejsze. Następowo zastosowano naświetlania Roentgenem. Statyka, pomimo wycięcia bardzo dużej części talerza biodrowego, nic nie ucierpiała. To samo podkreślają Domke, który podobnie usadowionego chrzęstniaka wyciął razem z częścią talerza biodrowego, Küttner po rozległem wycięciu kości łonowej, razem ze spojeniem łonowem, wykonanem spowodu dużego guza miednicy małej, Přibram po wycięciu dużego chrzęstniaka razem z częścią talerza biodrowego prawego, oraz König, który wyciął tylną część talerza biodrowego spowodu mięśniaka.

Chory wrócił po sześciu tygodniach do następnej serji naświetlań z nawrotami. W parę tygodni zmarł, wśród postępującego wyniszczenia.

Sekcja zwłok (Nr. 122/1933) wykonana w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. (asystent Dr. Pragłowski), wykryła znacznie więcej wyrośli kostno-chrząstkowych, niż rentgenoskopja za życia, przy której mniejsze wyrośla przesłaniał najczęściej obraz leżącej pod niemi kości. I tak na kości ramieniowej prawej oprócz dużego guza z boku górnej 1/3 części, znajdowała się

w tejże części mała maczugowata wyrośl od przodu, a niska, szeroko osadzona, wałowata od tyłu. Na kościach udowych oprócz widocznych na rentgenogramach dużych guzów w okolicy krętarzy mniejszych, przyczem na prawem udzie guz kalafjorowaty mierzy 8.5×7×6 cm, i oprócz kalafjorowatego, rozgałęzionego ku górze, na węższej szypule sterczącego guza po przyśrodkowej stronie 1/3 dolnej części kości udowej lewej, znajduje się w 1/3 dolnej części obu kości po trzy soplowate lub kolcowate ku górze sterczące wyrośle, a zarówno tutaj, jak i koło obu krętarzy kilkanaście mniejszych guzkowatych, sutkowatych lub grzebieniastych wyrośli, nieprzekraczających rozmiarów fasoli. Liczne najrozmaitszego kształtu wyrośla przy górnym końcu kości piszczelowej i strzałkowej lewej, łączą obie te kości u góry, stapiając się ze sobą, u dołu łączy obie kości mostek kostny biegnący skośnie od góry i boku ku dołowi i stronie przyśrodkowej, mający powierzchnię zupełnie gładką, a powyżej niego od przodu na obu kościach znajduje się po jednej małej wyrośli. Na kości goleniowej prawej od tyłu i z boków górnego końca zwisa ku dołowi kilka sopli i kolców kostnych, dochodzących do 3 cm długości. Oprócz tego są tak tutaj, jak i przy końcu dolnym tej kości guzkowate drobniejsze wyrośla, tworzące rodzaj stawu, z których dwa stykają się z dwiema wklęsłemi powierzchniami stawowemi na dolnym końcu kości strzałkowej, obrzeżonemi silnie wystającym rąbkiem kostnym. Nieco powyżej tych wklęsłości znajduje się na kości strzałkowej prawej wyrośl okrągława, a przy górnym jej końcu kilka sopli kostnych i jedna wyrośl kalafjorowata. Szczyty wyrośli na kościach długich pokryte były mniej lub więcej warstwą chrząstki, korony wyrośli kalafjorowatych i maczugowatych na przekroju zbudowane z rzadkiej kości gąbczastej z dużemi przestrzeniami szpikowemi, co widać było już w obrazach rentgenowskich. Dwa drobne wyrośla znaleziono w czaszce na stoku *(clivus Blumenbachi)* kości klinowej.

Blizna pooperacyjna zupełnie zagojona. Pod jej środkiem nawrót mięsaka w obrębie pola operacyjnego, talerza biodrowego, przerzuty włókniako-mięsakowe lub mięsaka wrzecionowatego, znaleziono przy spojeniu kości łonowych, w lewej połowie miednicy, w I. i III. lewem żebrze, w III. i IX. kręgu piersiowym, w mostku, a wreszcie kilkanaście przerzutów w wątrobie, dochodzących rozmiarów orzecha włoskiego.

Z innych zmian znaleziono tylko nieznaczny przerost mięśnia lewej komory serca i podostre zapalenie nerek.

Piśmiennictwo:

1) Bessel Hagen: Arch. f. kl. Chir. 41. 1891. — 2) Birkenfeld: D. Z. f. Chir. 226. 1930. — 3) Braun: D. Z. f. Chir. 30. 1890. — 4) Cohnheim: Virch. Arch. 38. 1867. — 5) Canavero: Chir. Org. Mov. 15. 1931. Ref. Zentrorg. f. Chir. 53. 1931. — 6) Domke: Arch. f. kl. Chir. 50. 1895. — 7) Epifanow: Ref. Zentrorg. f. Chir. 55. 1931. — 8) Fischer: D. Z. f. Chir. 12. 1887. — 9) Frejka: Rev. d'orthop. 15. Nr. 3. Ref. Zentrorg. f. Chir. 43. 1928. — 10) Haberer: Arch. f. kl. Chir. 89. 1909. — 11) Hartmann: Arch. f. kl. Chir. 45. 1893. — 12) Henninger: D. Z. f. Chir. 232. 1931. — 13) Henking: Virch. Arch. 77. 1879. — 14) Küttner: Arch. f. kl. Chir. 60. 1908. — 15) Kryger: Arch. f. kl. Chir. 57. 1898. — 16) König: D. Z. f. Chir. 232. 1931. — 17) Läwen: Br. Beitr. 75. 1904. — 18) Ledoux et Cottet: Arch. med. Enf. Ref. Zentrorg. f. Chir. 56. 1932. — 19) Marcuse: D. Z. f. Chir. 7. 1876. — 20) Neupert: Arch. f. kl. Chir. 82. — 21) Marchlewski: Zarys nauki o dziedziczności. Warszawa 1930. — 22) Orłow: D. Z. f. Chir. 31. 1891. — 23) Přibram: Arch. f. Chir. 118. 1920. — 24) Pokrowsky: Arch. f. kl. Chir. 155. 1929 — 25) Reich: D. Z. f. Chir. 43. — 26) Reinecke: Br. Betr. 7. 1891. — 27) Recklinghausen: Virch. Arch. 116. — 28) Schramm: Arch. f. Orthop. u. Unfallschir. 27, 1929. — 29) Walter: Arch. f. Orthop. u. Unfallschir. 24. 1927. — 30) Weber: Arch. f. Orthop. u. Unfallschir. 26. 1928. — 31) Pels Leusden: D. Z. f. Chir. 86. 1907.

Dr. Jeremiasz SOWIAKOWSKI. Janów Lubelski.
Dyrektor Szpitala Pow.

Śródbłoniak (endothelioma) krezki poprzecznicy.

Guzy wychodzące z krezki mogą być usadowione w krezce luźnie albo mogą być przytwierdzone i to najczęściej do tylnej ściany jamy brzusznej. Guzy lite są to najczęściej mięsaki, włókniaki, włókniako-tłuszczaki, guzy o charakterze *myxoma,* potworniaki i naczyniaki. Jedna trzecia część tych guzów ma swoje usadowienie w krezce jelita cienkiego. Niektórzy autorowie (Narath) dzielą te guzy na pozaotrzewnowe i krezkowe. Inni natomiast (Lobstein, Witzel) mówią, że guzy krezkowe w późniejszym rozwoju robią wrażenie, jakgdyby były guzami pozaotrzewnowemi. Dzisiaj uważa się za guzy pozaotrzewnowe takie, których budowa histologiczna odpowiada budowie narządów pozaotrzewnowych.

Oprócz guzów litych mogą się znajdować w krezce i cysty. Dowd dzieli je na: a) cysty rozwojowe pochodzenia nabłonkowego, b) cysty echinokokowe i c) cysty nowotworowe, powstające z degeneracji nowotworów złośliwych. Inni autorowie wyliczają cysty krezkowe limfatyczne, krwawe, surowicze, echinokokowe, dermoidalne, nowotworowe i cysty powstałe z przewodu pępkowo-krezkowego *(Enterocystomata).*

Śródbłoniaki *(Endotheliomata)* najczęściej spotykamy w tkance mózgowej, a w innych organach zdarzają się bardzo rzadko. Są to nowotwory o charakterze dobrotliwym, jednak bardzo często przechodzą w nowotwory złośliwe. Koster i Weintraub opisali rozsiane ogniska śródbłoniaków w kościach, Krompecher w jądrach, a Dobrzaniecki na prąciu. Ostatnio Dobrzaniecki operował na swoim oddziele dwa śródbłoniaki przegrody nosowej i szczęki górnej. U mnie na oddziele chirurgicznym oprócz tego była chora z guzem na szyi, którego badanie histologiczne (Doc. Dr. Schusterówna) wykazało: wśród zdegenerowanych mięśni tkanka nowotworowa odpowiadająca najbardziej utkaniu śródbłoniaka *(endothelioma)*". Nowotwór ten posiadał cechy nowotworu złośliwego i chorą skierowałem do naświetlania Roentgenem.



Ryc. 1. Śródbłoniak szyi.

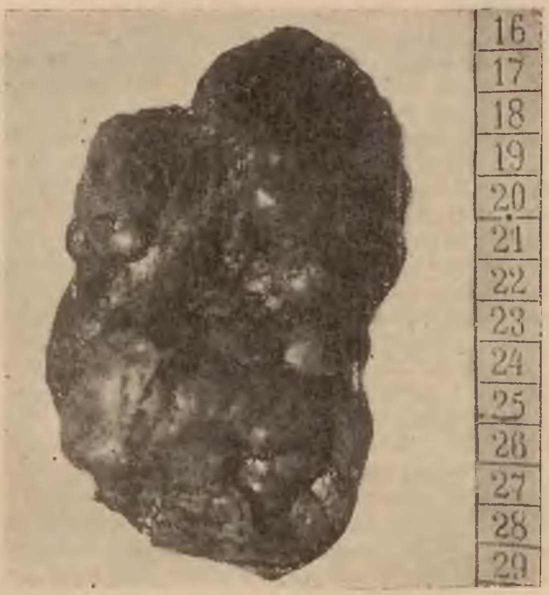
Śródbłoniaki jamy brzusznej należą do rzadkości, a śródbłoniaka, wychodzącego z krezki jelit w literaturze mnie dostępnej nie znalazłem. Śródbłoniak krezki poprzecznicy wielkości głowy dorosłego mężczyzny był operowany na oddziele chirurgicznym tutejszego Szpitala.

W październiku r. ub. zgłosiła się do Szpitala chora lat 62 z podaniem, że od roku ma bóle i uczucie ucisku w boku lewym na wysokości łuku żebrowego lewego. Przed pół rokiem zauważyła w tem miejscu guz, który stale wzrasta. Bóle te są niezależne ani od przyjmowania pokarmów ani od wysiłków fizycznych i promieniują ku górze w okolicę dołka podsercowego, a ku tyłowi w okolicę lędźwiową, a nawet dochodzą do okolicy międzyłopatkowej. Stolec i mocz chora oddaje prawidłowo. Wymiotów nie miała. Rodziła pięć razy, nie roniła.

Stan obecny: Budowa prawidłowa, odżywienie dobre. Głowa i szyja bez zmian. Wypuk nad płucami jawny z odcieniem pudełkowym, szmery pęcherzykowe nieco zaostrzone. Serce w granicach prawidłowych. Tony czyste, nieco głuchawe. Tętno 78/min. miarowe, średnio napięte. Ciśnienie krwi 125/75 Hg RR. Brzuch

wysklepiony nierównomiernie. Okolica między łukiem żebrowym, a pępkiem po stronie lewej wypuklona silniej, aniżeli reszta brzucha. Obmacywaniem stwierdza się w tem miejscu guz twardy, tkliwy na ucisk, wielkości jakby dwóch pięści, o powierzchni niezbyt równej, idący wgłąb jamy brzusznej i pod łuk żebrowy lewy. Wypuk nad guzem przytłumiony. Przy wdechu guz porusza się nieznacznie ku dołowi i gubi się w jamie brzusznej. Oprócz tego guz ten jest w nieznacznym stopniu ruchomy na boki. Między spojeniem łonowem, a pępkiem nie stwierdza się żadnych oporów, ani bolesności uciskowej w jamie brzusznej. Badaniem przez pochwę i przez kiszkę stolcową żadnych zmian chorobowych nie stwierdziłem. Mocz przezroczysty, białko i cukier nieobecne. Leukocytoza 7200. Prześwietlenie Roentgenem wykazało przesunięcie żołądka ku górze i w stronę prawą i zaciemnienie okolicy między łukiem żebrowym a pępkiem po stronie lewej. Odźwiernik żołądka drożny, opuszka dwunastnicy bez zmian. Po dwóch i pół godzinach żołądek pusty.

25. X. 1935 r. wykonano zabieg operacyjny. W znieczuleniu miejscowem 1% polocainą otwarto jamę brzuszną w linji środkowej między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem i stwierdzono w jamie brzusznej guz, barwy brunatno-sinawej, wypełniający całą torbę sieciową *(bursa omentalis)*, zrośnięty ze ścianą żołądka i śledzioną i dochodzący ku górze aż do przepony. Żołądek jest odepchnięty w stronę prawą i ku górze, śledziona ku tyłowi, a poprzecznica ku dołowi. Spowodu reagowania chorej na zabiegi mechaniczne w jamie brzusznej zastosowano uśpienie ogólne i usunięto guz, przyczem część żołądka zrośniętą z guzem



Ryc. 2.

wycięto. Guz wychodził z krezki poprzecznicy i był przyrośnięty do tylnej ściany jamy brzusznej dość silnemi zrostami w miejscu przyczepu krezki. Najsilniej jednak był zrośnięty ze ścianą żołądka na przestrzeni wielkości około 5-złotówki i tę część żołądka wyciąłem i usunąłem razem z guzem. Przy oddzielaniu guza od śledziony i więzadła żołądkowo-kiszkowego górna część guza pękła i z wnętrza wylała się masa półpłynna brunatno-czarna w ilości około jednego litra. Od strony dolnej guz ma budowę nierówną, guzowatą, zbitą, jak wykazuje załączona rycina Nr. 2. Na rycinie Nr. 3. widać wnętrze cysty krwawej guza.

Ranę po wydobyciu guza pokryłem otrzewną, otwór w żołądku zeszyłem i jamę brzuszną zaszyłem na głucho. Badanie histologiczne guza (Doc. Dr. S c h u s t e r ó w n a) wykazało śródbłoniaka *(Endothelioma)*.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chora po 12 dniach opuściła Szpital, jako wyleczona.

Najczęstszym objawem przy guzach krezki jest tępy ból, niezależny od przyjmowania pokarmów i wysiłku fizycznego i uczucie ucisku w jamie brzusznej. Bóle te mogą być czasami napadowe. Objawy te zależne są od umiejscowienia i kierunku wzrostu nowotworu. Czasami taki nowotwór może spowodować mechaniczną niedrożność jelita i wywołać wszystkie objawy z tem związane. Ucisk nowotworu na sploty nerwowe w jamie brzusznej powoduje, oprócz bólu i ucisku, utratę apetytu, osłabienie, niedokrwistość ogólną i wreszcie wychudzenie. Powiększanie się nowotworu powoduje wypuklenie w danem miejscu powłok jamy brzusznej, jak było i w moim przypadku.

Guzy krezki usadowione w dolnej części brzucha można u kobiet najłatwiej wziąć za guzy przydatków, a w części górnej za narządy tam się znajdujące. W moim przypadku myślałem, że jest to guz śledziony, gdyż umiejscowienie jego najwięcej temu odpowiadało. Guzy krezki są zwykle nieruchome oddechowo i tylko palpacyjnie. W moim przypadku guz był bardzo duży, leżał tuż pod przeponą i dlatego posiadał ruchomość oddechową. Z guzów śledzionowych mogły wchodzić tu w rachubę: *echinococcus*, kilak i malarja.



Ryc. 3.

Guzy w tem miejscu mogą wychodzić i z innych organów jamy brzusznej: z wątroby, nerek, kiszki grubej, żołądka, sieci i wreszcie trzustki. Te ostatnie są nieruchome i powodują silne zaburzenia w trawieniu i przemianie materji, co prowadzi do kacheksji. W moim przypadku stan chorej wykluczał tego rodzaju rozpoznanie.

Według S z e n e s a jedna trzecia guzów krezkowych znajduje się w krezce jelita cienkiego, a dwie trzecie w krezce jelita grubego. Podobny guz do mojego tylko mniejszy i o charakterze cysty, nie guza litego, który umiejscowił się w krezce poprzecznicy opisał Hermann N a u m a n n. Guz ten nie miał charakteru nowotworu, tylko była to krwawa cysta.

Guzy wychodzące z krezki jelita mogą być albo guzami litemi, albo mają charakter cyst, albo tak jak w moim przypadku mogą być nowotworami, które posiadają cysty. Śródbłoniaki jamy brzusznej należą do rzadkości, a jako guzy krezkowe do wyjątków. Nowotwory te chociaż w zasadzie są nowotworami dobrotliwemi, bardzo często jednak przechodzą w nowotwory złośliwe i dają przerzuty zwłaszcza w kościach. W moim przypadku nowotwór ten należał do dobrotliwych i został usunięty doszczętnie.

Drugi natomiast mój przypadek śródbłoniaka, który był usadowiony na szyi należał już do nowotworów klinicznie złośliwych i wychodził z gruczołów limfatycznych. Ta chora do leczenia operacyjnego się nie nadawała i została skierowana do naświetlania Roentgenem.

Guzy krezki częściej zdarzają się u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Najczęściej guzy te spotyka się między 40 a 50 rokiem życia.

Leczenie guzów krezki jest tylko operacyjne. Guzy te bardzo często są zrośnięte z pętlami jelit lub ze ścianą żołądka, jak w moim przypadku i wtedy trzeba daną część przewodu pokarmowego wycinać i usuwać razem z nowotworem. W razie niemożności doszczętnego usunięcia guza można wykonać możliwie daleko idące wycięcie guza, ale wtedy rokowanie staje się mniej pomyślne. Przy cystach w razie niemożności wyłuszczenia w całości niektórzy autorowie (P e t e r s o n) radzą wykonać wycięcie cysty, a do pozostałej części guza włożyć dren gumowy i odprowadzić go nazewnątrz. Przy guzach złośliwych wskazane jest oprócz tego naświetlanie promieniami Roentgena.

Rokowanie jest zależne od charakteru guza i wyniku zabiegu operacyjnego. W moim przypadku rokowanie jest zupełnie pomyślne, gdyż śródbłoniak należał do nowotworów dobrotliwych i został usunięty doszczętnie.

Piśmiennictwo:

1) Dobrzaniecki Wł.: Journal d'urologie. T. XXIX. Nr. 4. 1930. — 2) Drachter: Chirurgie des Kindesalters. Drachter-Gossmann 1930. — 3) Hausmann Th.: Arch. f. Klin. Chir. 103. — 4) Koster H. und Weintraub M.: Ann. Surg. 94. 1931. — 5) Naumann H.: Archiv f. Klin. Chir. 117, 1921. — 6) Peterson E. W.: Ann. Surg. 96. 1932. — 7) Szenes A.: Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. CXLIV. Hft. 3—4. — 8) Poppert P.: Lehrbuch der Chirurgie. Wullstein-Küttner 1923.

Dr. Bronisław PETRYŃSKI. Lwów.

Przyczynek do leczenia nadciśnienia tętniczego teobrominą w połączeniu z grupą rodanową.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.

Sole rodanowe odznaczają się największą rozpuszczalnością w wodzie, a co zatem idzie największą zdolnością przenikania przez ściany naczyń, przekraczając pod tym względem własności jodków. Wobec bezpośredniego sąsiedztwa rodanków i jodków w szeregu lyotropowym Hofmeistra, nietylko ich własności farmakodynamiczne, lecz także objawy przedawkowania są podobne (objawy „rodanizmu" analogiczne do objawów jodzicy w postaci: nieżytu, trądzika rodanowego i gotowości wysiękowej). Dlatego też dla stosowania rodanków w klinice istnieją takie same przeciwwskazania jak dla jodków (stany zapalne i wysiękowe, czynne sprawy gruźlicze).

Dzięki swej dużej rozpuszczalności rodanki zmniejszają lepkość krwi w stopniu znaczniejszym niż jodki, działają lekko moczopędnie, a dzięki swej zdolności zastępowania chlorków ustrojowych utrzymują się długo we krwi i tkankach. Ograniczenie dowozu chlorków ułatwia ich „fiksację", zwiększony dowóz ich wydalenie.

Istotą nadciśnienia samoistnego jest według Pala hipercholesterynemja, cholesteryna bowiem jest według niego sensybilizatorem dla czynników powodujących zwężenie naczyń. Hipercholesterynemja prowadzi do zgęstnienia błon otaczających włókna mięśni gładkich naczyń, wzmagając ich zdolność do trwałego skurczu. Czynniki działające w kierunku przeciwnym, a więc zwiększające przepuszczalność błon komórkowych winny powodować spadek ciśnienia krwi. Te własności antagonistyczne w stosowaniu do cholesteryny posiadają jodki, a w większym jeszcze stopniu rodanki.

Wychodząc z przytoczonych wyżej rozważań teoretycznych wprowadzili Pal i Pauli rodanki do lecznictwa nadciśnienia samoistnego w r. 1903, lecz mimo stale uzyskiwanego spadku ciśnienia zaniechali ich stosowania spowodu stałego stwierdzania szeregu objawów ubocznych tak, że nawet w r. 1923 na kongresie wiedeńskim, poświęconym zagadnieniu nadciśnienia tętniczego, wogóle nie wspomniano o rodankach jako środku leczniczym.

Kontrolne badania na większym materjale wykazały, że przyczyną szkodliwych ubocznych objawów działania rodanków było nieodpowiednie dawkowanie.

Pierwotne dawki wprowadzone przez Pala (1—3 g KCNS dziennie) wywoływały szybko obraz „rodanizmu", z trądzikiem rodanowym, nieżytami śluzówek, stanami lękowemi, halucynacjami, oraz ze znacznym, szybkim spadkiem ciśnienia krwi. Dawki średnie (3 × 0,2 rodanku potasowego) również szybko powodują spadek ciśnienia krwi. Chorzy leczeni takiemi dawkami skarżą się na uczucie znużenia, wywołane szybkim spadkiem ciśnienia krwi, lecz zazwyczaj do objawów rodanizmu u nich nie przychodzi. Wyjątek stanowią przypadki z upośledzoną czynnością wydzielniczą nerek, w których z jednej strony zwolnione wydalanie, z drugiej równoczesne ograniczenie chlorków w diecie, ułatwia utrzymywanie się rodanków we krwi w wysokiem stężeniu.

Dlatego właśnie Westphal (1926) wprowadził dawki mniejsze, 3 × dziennie 0,05—0,1 KCNS, uzyskując przy ich pomocy bardzo korzystne wyniki lecznicze. Spadek ciśnienia krwi sprowadzony przez te dawki jest coprawda niewielki, lecz zupełny brak jakichkolwiek objawów ubocznych, przy równoczesnem znacznem zmniejszeniu się rozpiętości dziennych wahań ciśnienia tętniczego, powoduje poprawę podmiotową znacznie większą, niżby można jej było oczekiwać przy niewielkim spadku ciśnienia.

Wobec powyższych zjawisk, duże dawki rodanków zostały ostatecznie wycofane z lecznictwa i stosowanie ich ograniczono jedynie do przypadków zgorzeli miażdżycowej, w których, nawet po krótkiem stosowaniu, pozwalają niekiedy uniknąć konieczności amputacji kończyny, umożliwiając tą drogą następowe leczenie zachowawcze.

Dla spotęgowania działania jonu rodanowego stosowano rodanki w połączeniu ze środkami z grupy purynowej. Hipotenzyjny wpływ tej grupy z jej odmiennym mechanizmem działania, wsparty działaniem rodanków, dawał nader korzystne wyniki, zwłaszcza w przypadkach nadciśnienia tętniczego z objawami dławicowemi.

Krajowa Firma „Geo" w Warszawie wyprodukowała preparat *Rhodan-Calciumdipurin*, stanowiący połączenie *Calciumdipurin* „Geo" z rodankiem potasowym. (0.1 KCNS w tabletce 0.5 g).

Przesłane tutejszej Klinice próbki tego preparatu stosowano na materjale klinicznym stałym i w przypadkach ambulatoryjnych; a nabyte na tym materjale doświadczenie wyraża się następującemi wnioskami:

Wpływ *Rhodancalciumdipurin* „Geo" na ciśnienie tętnicze jest stały, występuje szybko po podaniu leku a wyraża się przeciętną obniżką o 25 mm słupa rtęci. (Oczywiście stosowanie leku rozpoczynano dopiero po uprzedniem ustaleniu poziomu kompenzacyjnego ciśnienia po kilkudniowem leżeniu w łóżku). Spadek ten jest stosunkowo niewielki, jeśli się jednak zważy, że uzyskano go w przypadkach ciężkich, wymagających leczenia klinicznego, dalej, że równoczesne leczenie nasercowe w przypadkach z niewyrównaną niedomogą krążenia zacierało istotną wysokość spadku, wreszcie, że spadek taki uzyskiwaliśmy stale, musimy przyznać hipotenzyjnemu działaniu *Rhodancalciumdipurin* poważne znaczenie.

Obniżenia ciśnienia krwi nie udawało się nam uzyskać w przypadkach nadciśnienia pochodzenia nerkowego, albo raczej uzyskiwaliśmy tam spadek nietrwały, choć szybki.

Działanie moczopędne *Rhodancalciumdipurin* jest wogóle niewielkie, zwłaszcza przy zastosowanem dawkowaniu (2—3 razy dziennie 0,5), natomiast wpływ jej na wydzielanie azotu jest wyraźny, nawet w przypadkach z nadciśnieniem pochodzenia nerkowego i hiperazotemji, w których kilkakrotnie stwierdziliśmy spadek azotu niebiałkowego krwi.

Najważniejsze jest jednak działanie na samopoczucie chorych, zwłaszcza z objawami „stenokardji", u których cofanie się tych objawów spostrzegaliśmy jeszcze szybciej niż spadek ciśnienia. Szczególnie wyraźnie występowało to na obserwowanym materjale ambulatoryjnym. Materjał ten składał się z chorych, u których zarówno w mięśniu sercowym, jak i układzie naczyniowym zmiany były niewielkie. Dzięki wydolnemu wogóle mięśniowi sercowemu poprawa występowała w przypadkach takich szybko. Podawana w trzech takich przypadkach dla kontroli *Calciumdipurin* „Geo" nie dawała takiego wyniku.

Dla zilustrowania zamieszczonych wyżej wniosków przytaczamy w skróceniu następujące historje choroby:

1. Kobieta, L. R., lat 69 (L. 136/35—36) zgłasza się z dolegliwościami spowodu wrzodu żołądka, ponadto od szeregu lat miewa napady ściskającego bólu w okolicy serca z uczuciem lęku i drętwienia ręki lewej. Przedmiotowo: serce w całości nieco większe, w prześwietleniu cień aorty silniej wysycony, wydłużony, ciśnienie krwi 180/70 mm Hg. Podawano *Rhodancalciumdipurin* 3 razy dziennie 0,5, po tygodniu ciśnienie 170/70, po 2 tygodniach 160/70. Mimo dalszego stosowania preparatu dalszy spadek ciśnienia nie następował, lecz samopoczucie było coraz lepsze, a po 4 tygodniach nie było żadnych skarg na dolegliwości ze strony serca. Dawkę zmniejszono do 2 × 0,5, po następnych 2 tygodniach odstawiono zupełnie, w 6 tygodni po odstawieniu preparatu brak dolegliwości, ciśnienie krwi 165 mm Hg.

2. Kobieta G. E., lat 58 (L. 149/35—36) zgłasza się z przewlekłą niewydolnością mięśnia sercowego w stanie niewyrównania (*Myocarditis chron.*) i przewlekłem zapaleniem nerek. Ciśnienie krwi 175/110 mm Hg, azot niebiałkowy w krwi 81,2 mg %. Zastosowano naparstnicę, strychninę i *Rhodancalciumdipurin* 3 razy 0,5. Po trzech tygodniach wydatna poprawa samopoczucia przy nieznacznym spadku ciśnienia (170/100 mm Hg), lecz ze znacznym spadkiem azotu niebiałkowego (49 mg %).

3. Kobieta H. O., lat 60 (L. 187/35—36) leczona spowodu marskości nerek. W dwa tygodnie po podaniu *Rhodancalciumdipurin* 3 razy 0,5 ciśnienie krwi opadło z 200 do 165 mm Hg, lecz po odstawieniu preparatu spowodu dolegliwości dyspeptycznych ciśnienie szybko wzrosło, przekroczywszy 250 mm Hg. Przy pogorszeniu się stanu ogólnego ponowne podawanie *Rhodancalciumdipurin* nie wywarło żadnego wpływu na poziom ciśnienia.

W pozostałych 6 przypadkach klinicznych stałych wyniki były wogóle podobne, w 1 przypadku nadciśnienia nerkowego *Rhodancalciumdipurin* zawiodła.

Ze spostrzeżeń poczynionych na 10 przypadkach ambulatoryjnych przytoczymy w skróceniu następujące:

1. Kobieta Z. J., lat 48. Rozpoznanie: *Aortitis luetica. Hypertonia, Nephropathia mixta laevis.* Od 3 lat miewa uczucie ucisku w okolicy serca oraz napady bólu w okolicy serca z uczuciem lęku i drętwienia lewej ręki. Ostatnie leczenie swoiste przed trzema miesiącami. Przedmiotowo: *„Cor bovinum"*, głośny szmer rozkurczowy nad tętnicą główną, wątroba 1 palec niżej łuku, tętno miarowe 92, ciśnienie krwi 205/82, odczyn Wassermanna ujemny. Podano *Rhodancalciumdipurin* 3 razy dziennie 0,5, po tygodniu ciśnienie 170/60, samopoczucie lepsze, napady rzadsze i lżejsze, lecz uczucie ucisku za mostkiem utrzymuje się. Po dwóch tygodniach ciśnienie 160/60, bez napadów, lekkie uczucie ucisku za mostkiem. Po trzech tygodniach samopoczucie zupełnie dobre, *Rhodancalciumdipurin* odstawiono po dwóch tygodniach, ciśnienie krwi 158/60, samopoczucie dobre. W dalszej kontroli po miesiącu samopoczucie dobre, ciśnienie 165/60.

2. Mężczyzna R. P., lat 67, od trzech lat ma stałe uczucie duszności, uczucie ucisku w okolicy serca, częste napady duszności, częste napady ściskającego bólu w okolicy serca, łatwo się męczy. Przedmiotowo: serce w całości nieco większe, tony głuche, drugi nad tętnicą główną głośniejszy, ciśnienie krwi 175/80. Podano *Rhodancalciumdipurin* trzy razy dziennie, po tygodniu ciśnienie 160/80, samopoczucie lepsze, napady duszności nie występują, napady ściskającego bólu w okolicy serca rzadsze, skargi na ogólne osłabienie, dawkę zmniejszono do 2 razy 0,5. Po dwóch tygodniach ciśnienie 152/75. Samopoczucie lepsze, po następnym tygodniu ciśnienie 145/75. Samopoczucie dość dobre, utrzymują się skargi na uczucie duszności i miernego stopnia osłabienie. Preparat odstawiono, w kontroli po trzech tygodniach ciśnienie 145.

W pozostałych ośmiu przypadkach z materjału ambulatoryjnego uzyskiwaliśmy wyniki podobne, przeciętny spadek ciśnienia wynosił 25 mm Hg, który występował już po jedno-dwutygodniowem stosowaniu preparatu i utrzymywał się przez dwa do sześciu tygodni. W razie skarg na duże osłabienie, jakie stwierdziliśmy w dwóch przypadkach przy szybkiem opadaniu ciśnienia, zmniejszaliśmy dawki preparatu. Poza wspomnianemi skargami na osłabienie — żadnych innych objawów ubocznych nie stwierdzaliśmy.

Zbierając zatem wyniki naszych prób z preparatem *Rhodancalciumdipurin* przeprowadzonych na 18 przypadkach nadciśnienia tętniczego na tle miażdżycy i 2 pochodzenia nerkowego stwierdzamy, iż preparat ten stosowany w dawce 2—3 razy dziennie po 0.5 daje stały spadek ciśnienia wynoszący 20—30 mm Hg, występujący w 1—2—3 tygodnie od podania preparatu. Wraz ze spadkiem ciśnienia występuje wydatna poprawa podmiotowa, a przedewszystkiem znikają objawy dławicowe.

Z objawów ubocznych stwierdzaliśmy niekiedy skargi na duże ogólne osłabienie, jakie występowało u chorych wraz ze zbyt szybkim spadkiem ciśnienia krwi, w przypadkach takich wystarczało zmniejszenie dawki dziennej.

Rhodancalciumdipurin zawodzi wogóle przy nadciśnieniach pochodzenia nerkowego, w innych przypadkach spadek ciśnienia stwierdzaliśmy stale. W jednym z naszych przypadków klinicznych stałych — u chorego z dławicą piersiową naczyniioruchową nie zauważyliśmy korzystnego wpływu *Rhodancalciumdipurin* na częstość i nasilenie napadów, lecz w tym samym przypadku zawodziły również wszystkie inne sposoby leczenia, a jedynie azotyny i środki przeciwbólowe sprawiały choremu ulgę podczas napadów.

Korzystny wpływ *Rhodancalciumdipurin* jest następstwem synergetycznego działania teobrominy i rodanku potasowego. Rodanek potasowy bowiem przez zmniejszenie lepkości krwi i zwiększenie przepuszczalności naczyń wieńcowych i nerkowych wpływa korzystnie na narząd krążenia, poprawia ukrwienie serca, usuwając objawy niedotlenienia mięśnia sercowego, oraz umożliwia sprawne wydalanie resztek azotowych przemiany białkowej.

W doświadczeniach naszych posługiwaliśmy się tabletkami po 0,5 g zawierającemi 0,1 rodanku potasowego. Przy zapisywaniu Rhodancalciumdipurin w proszku należy podawać go ze względu na dużą hygroskopijność rodanku w kapsułkach, albo w papierze woskowanym.

Piśmiennictwo:

Berberich: cyt. według Westphala. — Bergmann: N. D. Klinik. T. II. 1928, str. 103. — Dalmady: Wiener kl. Wschr. 1912, str. 795. — Edinger-Treupel: Münch. Med. Wschr. 1904, str. 39. — Goldfeil: P. Arch. M. Wewn. T. 5. str. 488. — Hildebrand: N. D. Klinik T. 8, 1931, str. 173. — Markovits: W. kl. Wschr. 1935, str. 1924. — Moraczewski, Grzycki: Kl. Wschr. 1932, str. 1945. — Moraczewski, Grzycki, Sadowski: Kl. Wschr. 1935, str. 1574. — Moraczewski, Śliwiński: Biochem. Zeitschr. 1934, str. 272. — Pal D.: Med. Wschr. 1930, str. 2203. — Pal: W. kl. Wschr. 1929, str. 684. — Palmer: K. Zblt. T. 68, str. 603. — Pauli: Münch. med. Wschr. 1903. Nr. 4. — Reichert-Włodawer: Warsz. Czas. Lek. 1930, Nr. 10. — Stadnicki: Pol. Gaz. Lek. 1930, Nr. 40. — Stuber-Lang: D. Arch. f. kl. Med. T. 175, str. 564. — Westphal-Blum: D. Arch. f. kl. Med. T. 152, str. 331. — Wacker-Fahring: Kl. Wschr. 1932, str. 762.

Dr. E. STOECKL. Poznań.

Kilka uwag o stosowaniu nowego alkaloidu sporyszu „sensibaminy".

Z Uniwersyteckiej Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. P.
Dyr. Prof. B. Kowalski.

Alkaloidy sporyszu (ergotamina i ergotoxyna) należą do związków chemicznych bardzo nietrwałych. Ciepłota, powietrze, woda, zasady niszczą je w krótkim czasie i wytwarzanie trwałych preparatów leczniczych połączone było z tej przyczyny z ogromnemi trudnościami. Upłynęło sto lat zanim rozwiązano chemiczne, biologiczne i farmakologiczne zagadnienie sporyszu. Ergotamina w postaci krystalicznej (winian ergotaminy) znajduje się w handlu pod nazwą gynergenu od kilku dopiero lat. Środek ten był też do tej pory lekiem dominującym w przypadkach bądźto położniczych krwotoków macicznych wskutek niedowładu, bądźto uporczywych i długich krwawień, polegających na zaburzeniach w kurczeniu mięśnia macicznego. Obecnie ukazał się nowy alkaloid sporyszu w handlu, wyodrębniony w stanie czystym w pracowni firmy „Chinoin" (Węgry). Środek ten otrzymał nazwę *„sensibamin"*, a jego działanie lecznicze wypróbowano także w naszej Klinice. Poniżej podaję wyniki naszych spostrzeżeń zebranych na większej ilości chorych, przyczem część badań wykonana była już przed 2 laty, część w ostatniem półroczu. Materjał składa się z chorych położniczych i ginekologicznych.

Doświadczenia nasze dotyczą przedewszystkiem sposobu działania sensibaminy na mięsień maciczny bezpośrednio po porodzie dziecka i łożyska (przed odejściem łożyska Klinika nasza zasadniczo nie stosuje sporyszu). Stosowaliśmy sensibaminę w przypadkach opóźnionych lub powolnych skurczów macicznych. Zastosowanie doświadczalne sporyszu w przypadkach bez wskazania, jak to uczynił Kaute, nie dowodzi zdaniem naszem wartości środka, o ile chodzi o ustalenie niezawodnego i szybkiego działania jego, mającego przewyższyć wszystkie inne preparaty sporyszowe. Ponieważ od przeszło roku nie notowaliśmy ani jednego zejścia śmiertelnego spowodu niedowładu macicy, spostrzeżenia nasze dotyczą tylko przypadków niegroźnego niedowładu macicznego. Podkreślam to dla sprawiedliwej oceny wyników. Rodzące lub położnice otrzymywały sensibaminę z zasady w postaci zastrzyków domięśniowych (jedna amp. zawierająca 1,1 cm^3). Skurcz macicy występował przeciętnie 2—3 minuty po zastrzyku i trwał zazwyczaj 8—10 minut. Po tym czasie widzieliśmy w większości przypadków krótkotrwały rozkurcz macicy, który znowu przechodził w skurcz trwający 5—10 minut. Okres rozkurczania i ponownego kurczenia się macicy trwał przeciętnie pół godziny. Po upływie tego czasu macica była już stale skurczona.

Poniżej podaję wyciągi z protokółów z sali porodowej i stacji położniczej, przyczem podkreślam, że nie są to szczególnie wybrane przypadki. Sensibaminę stosowaliśmy przez pewien okres czasu we wszystkich przypadkach krwawień porodowych, wywołanych zwiotczeniem mięśnia macicznego. Były to przypadki lżejsze jak i poważniejsze. Poniżej podane protokóły dotyczą niedowładu z większą utratą krwi.

1) I pa, lat 26, po porodzie siłami natury ręczne wydobycie łożyska, niedowład macicy, utrata krwi 800 g. Rodząca dostaje 1 cm^3 sensibaminy domięśniowo, skurcz macicy występuje po półtorej minuty po zastrzyku i trwa 12 minut. Po upływie tego czasu zwiotczenie mięśnia macicznego przez pół minuty, następnie silny skurcz macicy bez stosowania masażu lub innych środków. Skurcz ten już nie ustępuje przez cały czas obserwacji. Krwawienie ustało.

2) II pa, lat 35, poród naturalny, łożysko nieodczepia się mimo zabiegu Crédé'go i Gabaston'a. Zabieg Crédé'go po uśpieniu rodzącej bezskuteczny; niedowład macicy, utrata krwi 600 g. Jedna amp. sensibaminy, skurcz występuje po 2 minutach i utrzymuje się przez 10 minut. Po przejściowem, kilkakrotnem i krótkotrwałem zwiotczeniu macica stale skurczona.

3) III pa, lat 37, poród siłami natury, łożysko odeszło samorodnie 15 minut po porodzie. Niedowład macicy, utrata krwi 600 g, macica miękka i duża. Dwie minuty po zastrzyku 1 amp. sensibaminy, występuje skurcz utrzymujący się przez 12 minut. Następuje okres chwilowego, krótkotrwałego rozkurczu a następnie skurcz trwały.

4) II pa, lat 28, poród normalny, niedowład macicy, utrata krwi 500 g, w 2 minuty po zastrzyku sensibaminy dobre skurcze macicy.

5) I pa, lat 35, poród kleszczowy z następowym niedowładem macicy, utrata krwi 350 g, w 3 minuty po zastrzyku sensibaminy krwawienie ustaje.

6) I pa, lat 27, ścieśniona miednica, położenie poprzeczne. Cięcie cesarskie. Po odejściu łożyska 1 amp. sensibaminy. Macica kurczy się po 1 minucie i jest twarda jak kamień. Skurcz ten utrzymuje się aż do końca operacji. Dalszy przebieg pooperacyjny bez powikłań.

7) IX pa, lat 33, położenie pośladkowe, pomoc ręczna, zabieg Veit-Smellie'go, następnie niedowład macicy; po utracie 250 g krwi zastrzyk 1 amp. sensibaminy, poczem występuje stały skurcz macicy, krwawienie ustało.

8) III pa, lat 29, poród normalny, niedowład macicy, utrata krwi 300 g, w półtora minuty po zastrzyku sensibaminy dobre skurcze macicy, krwawienie ustało.

9) I pa, lat 42, bliźnięta, nierozwierające się ujście macicy. Cięcie cesarskie przy ujściu rozwartem na palec. Po zastosowaniu 2 amp. sensibaminy mięsień maciczny twardy jak kamień.

10) III pa, lat 30, *placenta praevia*, ujście maciczne na dwa palce. *Sectio cesarea*. Po pierwszym zastrzyku sensibaminy dobry skurcz macicy, ustępujący dopiero przy końcu operacji. Wówczas wyciska się z macicy jeszcze około 200 g krwi, wobec czego jeszcze jeden zastrzyk gynergenu. Na podstawie poprzednich spostrzeżeń przypuszczalnie chodziło tu tylko o chwilowy rozkurcz macicy, który prawdopodobnie przeszedłby w trwały skurcz.

Spostrzeżenia w przypadkach dalszych nie wykazały żadnej różnicy działania sensibaminy. Wpływ jej na mięsień maciczny po porodzie był zawsze jednakowy. W kilka minut po zastrzyku macica kurczyła się energicznie. Skurcze te były spoczątku niestałe, utrzymywały sią przez 20—30 minut, wreszcie przechodziły w trwały skurcz całego narządu. W przypadkach cięcia cesarskiego można było widzieć do jakiego stopnia skurczyła się macica pod wpływem sensibaminy. Nie widzę różnicy między działaniem sensibaminy a działaniem secacorniny lub gynergenu, zazwyczaj używanych przez nas w przypadkach cięcia cesarskiego. Skurcze maciczne po stosowaniu sensibaminy występowały tak samo szybko i tak samo energicznie.

Również w przypadkach powolnego zwijania się macicy w połogu, przy odchodach cuchnących lub zastoju odchodów połogowych, stosowaliśmy sensibaminę z dobrym wynikiem. W przypadkach poronień powikłanych gorączką sensibamina oddać może cenne usługi, wywołując energiczne skurcze maciczne, co umożliwia nieraz odejście resztek jaja. Takim sposobem można tutaj uniknąć operacji, która spowodu stanu septycznego mogłaby być niebezpieczna. Za takiem działaniem mógłby przemawiać przypadek poronienia septycznego poniżej przedstawiony, w którym stwierdzono także naciek zapalny, wielkości główki noworodka w tylnem przymaciczu. Kobieta miała dreszcze, gorączkowała powyżej 39°. Odchody były krwawe a ujście maciczne drożne dla palca. Chora ta dostawała przez 2 tygodnie codziennie zastrzyk jednego cm^3 sesibaminy. Odchody były coraz mniej krwawe, ciepłota opadała powoli, a ujście było po 2 tygodniach zamknięte. Pozatem cofnął się też naciek w przymaciczu. Chora dostawała oprócz tego jeszcze lodowe okłady na brzuch oraz środki nasercowe.

W tym jak i w innych przypadkach stwierdziłem, że nawet przy dłuższem stosowaniu sensibaminy nie występowały nigdy objawy zatrucia sporyszowego. Można wobec tego stosować sensibaminę zwłaszcza w postaci tabletek (3—4 tabletki dziennie) przez dwa tygodnie bez obawy zatrucia. Ułatwia to naturalnie bardzo stosowanie ambulatoryjne środka. Skoro się tak przekonałem o nieszkodliwości sensibaminy, zacząłem stosować środek także ambulatoryjnie przy krwawieniach macicznych spowodu zwykłego nieżytu śluzówki macicznej po poronieniu, przy metropatji, zbyt silnem miesiączkowaniu i t. d. Chore te otrzymują zastrzyki co trzeci dzień a prócz tego 4 tabletki dziennie. Leczyłem w ten sposób około 50 chorych, wyniki były dobre. Stwierdziłem przytem, że krwawienie często zmniejszało się a nawet nieraz ustawało zupełnie już w dniu zastrzyku. Krwawienia dalsze, które w dniach następnych niekiedy ponownie występowały, były zawsze słabsze i ustawały zazwyczaj po tygodniu przy dalszem stosowaniu sensibaminy w tabletkach i zastrzykach (2—3).

Szczególnie przekonałem się o skutecznem działaniu tego środka w przypadkach, w których po wyskrobaniu macicy krwawienia ponownie wystąpiły. Leczenie trwało tutaj zazwyczaj dłuższy czas (2—3 tygodnie). Wyniki ostateczne były zadowalające, bo krwawienia ustąpiły regularnym miesiączkom. Spostrzeżenia moje dotyczą przedewszystkiem krwawień poporodowych, po poronieniach i w okresie przekwitania. Natomiast nie widziałem wyników dobrych w przypadkach krwawień, wywołanych zaburzeniem czynności jajników, np. przy krwotokach w okresie pokwitania. Jest to zresztą zrozumiałe, bo tło tych krwawień jest przecież natury zupełnie odmiennej.

Stosując sensibaminę w tabletkach podwyższałem stopniowo dawkę i przekonałem się, że można śmiało podawać chorym dziennie 2 × 2 tabletki przez tydzień bez żadnych ujemnych następstw. W jednym przypadku uporczywych krwotoków macicznych nieustępujących po dwukrotnie wykonanej skrobance i długotrwałem stosowaniu secacorniny, gynergenu i t. d. (30-letnia śpiewaczka) dałem w czasie dwóch tygodni 6 zastrzyków sensibaminy i po 4 tabletki dziennie przez dalsze 14 dni. Leczenie trwało zatem 4 tygodnie. Wynik leczenia był dobry. Krwawienia ustąpiły, a pacjentka, u której liczono się już z możliwością wyjęcia macicy lub kastracji, ma od 2 lat normalną miesiączkę. Podkreślam, że obraz histologiczny wyskrobin macicznych wykazywał każdorazowo normalną śluzówkę. Pozatem stwierdziliśmy jedynie nieco powiększoną i twardą macicę.

Na podstawie wyników moich powyżej podanych dochodzę do wniosku, że sensibamina oddaje nam przedewszystkiem w położnictwie znakomite usługi przy zwalczaniu niedowładu macicy. Również cennym okazał się ten środek przy nieprawidłowem zwijaniu się macicy. Sensibamina nie ustępowała tutaj innym wypróbowanym środkom sporyszowym (np. gynergenowi) a przy niektórych krwotokach macicznych nieciążowych, stanowiących wskazania do leczenia sporyszem, sensibamina doustnie lub w zastrzykach stosowana dała wyniki korzystne nawet po bezskutecznem leczeniu innemi preparatami sporyszowemi. Pozatem widzę bardzo dodatnią cechę sensibaminy w braku właściwości trujących, co umożliwia bezpieczne stosowanie środka przez dłuższy okres czasu.

Piśmiennictwo:

G y u r i k: Gyógyaszat 1936, nr. 4. — I s s e k u t z: Warsz. Czas. Lek. 1925, nr. 21. — K a u t e: Zblt. G. 1935, nr. 1. — R o t h l i n: Klin. Woch. 1934, nr. 32. — S t r a u b: Münch. Med. Woch. 1934, nr. 10.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 19. 1936. S t e r l i n g W.: Zagadnienie t. zw. climacterium virile. — F l a k s J. i G r y n k r a u t B.: Czy szczepienie doskórne uodparnia przeciwko nowotworom. — T h u r s z D.: Doświadczenia z dożylnem stosowaniem alkoholu etylowego w celach przeciwbólowych u chorych na nowotwory złośliwe. — A d a m o w i c z o w a St.: Problemy ludnościowe Italji i Wielkiej Brytanji.

Lekarz Wojskowy. T. XXVII. Nr. 9. 1936. L a t k o w s k i J.: O nerwicach serca. — S z u l c G., K o ł o d z i e j s k a Z. i D u s z y ń s k a J.: Owrzodzenia przewodu pokarmowego w przebiegu gnilca doświadczalnego. — M a l i n o w s k i A.: Psychjatrja w wojsku, jej zadania i cele. — W a c e k S.: Ocena wartości oka dla służby wojskowej w armjach obcych. — W a l i g ó r s k i W.: Spostrzeżenia dotyczące schorzeń oczu na podstawie materjału poborowego O. K. VII.

Polskie Zioła. Nr. 5, 1936.

Polska Stomatologja. Nr. 5—6. 1936. H a a r J.: Pasty do zębów i ich znaczenie higjeniczne (c. d.). — G o r c z y ń s k i H.: Leczenie głębokiej próchnicy tiranalem. — K a r s t e n A.: Szyna Dresel'a dla umocowania chwiejących się zębów szczęki dolnej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 21. 1936.

Zdrowie Publiczne. Nr. 4. 1936. S z c z y g i e ł A.: Metody układania jadłospisów z punktu widzenia masowego żywienia ludzi zdrowych. — N o w a k o w s k i B.: Rola państwowej służby zdrowia w nadzorze nad higjeną pracy. — R u d z i ń s k i H.: Zadania lekarza rejonowego w zwalczaniu chorób zakaźnych. — G ó r s k a J.: Badanie na nosicielstwo duru brzusznego w Skierniewicach.

OCENY.

Rocznik leczniczy. (L'année thérapeutique). A. RAVINA. Masson, Paryż 1936, stron 1934. Cena 18 fr. fr.

Jak co roku tak i teraz ukazała się książeczka (już 10-ty rocznik) obejmująca „nowości" w lecznictwie za rok 1935. Takie krótkie streszczenia piśmiennictwa terapeutycznego przyjęły się dobrze we Francji, ponieważ ukazują się także inne odpowiednie

roczniki np. pedjatryczne i radjologiczne. Widocznie spełniają one dobrze swoje zadania poinformowania lekarza praktycznego o nadmiarze różnych nowych środków i metod leczniczych. W obecnym roczniku układ treści i rozmiary krótkich notatek pozostały takie same jak w poprzednich tomach. W pierwszej części podane są w porządku alfabetycznym choroby lub objawy chorobowe oraz ich leczenie, np. nowe leczenie bólów neuralgicznych zastrzykami jodku potasowego i tiosiarczanu magnezowego, kataru nosa przez naświetlanie promieniami pozaczerwonemi, udaru słonecznego przez podawanie soli kuchennej, wyprysków u dzieci przez zastrzyki wyciągu śledziony, choroby Addisona przez podawanie soli kuchennej, hormonu z kory nadnerczy i cysteiny, posocznicy i zakażeń gronkowcowych przez stosowanie anatoksyny, wrzodu żołądka przez wstrzykiwanie histydyny, wymiotów ciążowych przez zastrzyki hormonu kory nadnerczy i wiele innych. Druga i trzecia część podaje nowe metody techniczne i środki lecznicze. Przy końcu znajduje się alfabetyczny spis rzeczy ostatnich czterech roczników (za lata 1931—34), co pozwala korzystać z poprzednich notatek terapeutycznych. Książeczka ta może oddać pewne usługi lekarzowi, ponieważ zbiera razem rzeczy rozproszone w obszernem piśmiennictwie światowem. *Skowroński* (Lwów).

Thérapeutique de l'ulcère gastroduodénal. Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy. I. GATELLIER et Fr. MONTIER. Gaston Doin et Cie. Editeurs Paris 1935, st. 235. Cena 22 fr. fr.

W zbiorze nazwanym „aktualności medycyny praktycznej" pod kierunkiem R. J. Weisenbacha wydawany, ukazała się powyższa praca, która omawia w sposób bardzo szczegółowy i wyczerpujący klinikę chorób żołądka i dwunastnicy. Autorzy poddają krytyce rozmaite rodzaje pożywienia — i rozmaite sposoby leczenia — są gorącymi zwolennikami leczenia bizmutem — przyczem kierują się nietylko objawami, ale i czasem, który upłynął od chwili krwotoku, uwzględniając stan chorego, częstość bólów i ich nasilenie. Bardzo dokładnie omówione są potem umiejscowienia przypuszczalne wrzodu, mała i duża krzywizna, przednia i tylna ściana żołądka i t. d.

Inny rozdział poświęcono leczeniu powikłań, jak krwotoki, nudności, zatwardzenia.

W osobnym rozdziale omawiane są warunki operacji, przygotowanie do operacji, rozmaite rodzaje i wybór techniki. Wreszcie leczenie chorego po dokonanej operacji i zapobieganie wytworzeniu się wrzodu dopełniają tę bardzo pożyteczną monografję, która zawiera mnóstwo wskazówek i jako poradnik oddać może zarówno chirurgowi, jak interniście poważne usługi.

Moraczewski (Lwów).

Higjena Psychiczna. Nr. 6—7. 1935.

Zeszyt 6—7 tego czasopisma zawiera artykuł Henryka Żółtowskiego o obezpłodnieniu. W artykule tym autor wykazuje brak wyraźnych wskazówek w kodeksie karnym polskim i proponuje wprowadzenie odpowiednich przepisów. Pan Jan Nelken poddaje krytyce rozprawę prof. I. Kläri'ego, który wyznaje zasady niejako hartowania społeczeństwa, utrudniając warunki życia. Autor J. N. może słusznie zaznacza, że u nas nie czas jeszcze na tego rodzaju prawa, ponieważ nie dokonano nawet w drobnej części tych zadań higjeny, która chroni normalnego człowieka przed niebezpieczeństwami życia.

Zaznaczyć się godzi, że strona językowa tych cennych artykułów wiele pozostawia do życzenia: słowo „względnie" używane jest stale zamiast „lub"; „ewentualnie" — które bez szkody opuścić zawsze można, powtarza się często; nawet tak rażące błędy jak „w pierwszym rzędzie" — zamiast „przedewszystkiem" — lub „z reguły" zamiast „zwykle", czy „zazwyczaj" — wreszcie „rozchodzi się" — zamiast „chodzi" o coś — trafiają pod pióro tych zresztą dzielnych pracowników.

Bardzo obszerny dział referatowy obejmujący jedenaście dziedzin, stanowi cenne dopełnienie tych zeszytów. Sprawozdania obejmują dział dziedziczności, normy i „rodzaje" psychicznych nałogów, aspołecznych i antyspołecznych błędów, dział rodziny i dziecka, sprawę szkoły, pracy, wreszcie sprawy starości.

Pismo to jest pod każdym względem pożyteczne.

Moraczewski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

O diastazie w moczu w zapaleniu płuc. I. PAVEL, I. RADVAN i B. VOLOVICI. Wien. Arch. f. inn. Medizin. T. 28. Z. 1, 1935.

W powyższej pracy zwrócono uwagę na przyczyny, które prowadzą do wydalania diastazy drogą moczu. Ponieważ już poprzednio stwierdzono diastazurję i diastazemję w przebiegu chorób gorączkowych, autorowie wybrali gorączkę podczas zapalenia płuc. Wprawdzie zapaleniu płuc towarzyszy diastazemja i diastazurja, mimo to autorowie nie stwierdzili równoległości występowania ich z narastaniem ciepłoty. I tak krzywa diastazurji przez pierwszych 5—6 dni zapalenia płuc przebiega bez wahań, dopiero pod koniec choroby (kryza) podwyższa się znacznie, co zauważa się mniejwięcej do 10 dnia choroby, poczem w okresie zdrowienia wraca do normy (do 15 dni po spadku ciepłoty ciała). Przy występowaniu powikłań stwierdza się ponowne narastanie krzywej wydzielania diastazy moczem. Obok niezależności diastazurji od ciepłoty ciała, wykazano też brak jakiegokolwiek związku tego zjawiska z leukocytozą lub z rozpadem leukocytów, co występuje pod koniec choroby (chodziło tu o proteolityczne fermenty). Na podstawie powyższych badań należy dojść do wniosku, że podwyższenie diastazy we krwi i w moczu związane jest z uszkodzeniem trzustki. Najprawdopodobniej nie wchodzi tu w grę zapalenie trzustki, które bardzo rzadko można stwierdzić w przebiegu zapalenia płuc, ale pewne ujemne działanie pneumokoka na miąższ trzustki, prowadzące do zaburzeń w jej czynności regulacyjno-wydzielniczej. Że czynność trzustki jest upośledzona zwłaszcza w zapaleniu płuc, mamy dowody chociażby w często obserwowanej glikozurji i to w okresie zdrowienia, w hiperglikemji nierzadko towarzyszącej chorobie oraz zaburzeniach, występujących po obciążeniu glukozą.

St. Malczyński (Lwów).

Obraz kliniczny raka trzustki. J. W. GROTT. Medycyna. Nr. 5—6. 1936.

Autor w pracy przeglądowo-statystycznej na podstawie swoich i obcych przypadków raka trzustki, podaje w sposób zwięzły a bardzo przejrzysty wszystkie dane anatomiczne i kliniczne tego schorzenia z uwzględnieniem diagnostyki różniczkowej.

St. Malczyński (Lwów).

Przypadek wessania się guza płuc. Z. MICHALSKI. Medycyna. Nr. 6. 1936.

Autor przedstawia przypadek guza płuc, który klinicznie i rentgenologicznie wykazywał charakter nowotworowy. Już podczas energicznych naświetlań promieniami X guz zaczął się wyraźnie zmniejszać, znikł zaś zupełnie w dwa miesiące po ukończeniu leczenia głębokiego. W czasie leczenia chory przyjmował nadto chlorek magnezowy (Delbiase) w ilości 4 pastylek dziennie, któremu autor nie przypisuje większego znaczenia wbrew zapatrywaniom Delbeta, doszukującego się pewnego przyczynowego związku między niedoborem soli magnezowych w ustroju, a powstawaniem raka. *St. Malczyński* (Lwów).

Hamujące działanie produktów hydrolizy ciał pektynowych w krwotokach pochodzenia gruźliczego. I. HIMMEL i A. ZŁOTNIK. Medycyna. Nr. 7. 1936.

Stosując produkty hydrolizy ciał pektynowych (P. H. S. P.) (pod postacią podskórnych zastrzyków w ilości 1—2 cm 10% roztworu) uzyskano wynik natychmiastowy w przypadkach krwotoków płucnych. Preparat ten — jak stwierdzono — wybitnie skraca czas krzepnienia krwi, a zastosowanie jego także w przypadkach małopłytkowości i uszkodzenia naczyń pod postacią skazy krwotocznej uniemożliwia wystąpienie krwawień. W preparacie powyższym, który jest solą wapniową kwasu galakturonowego, czynnikiem decydującym jest cząsteczka tego kwasu. Mniejsze natomiast znaczenie w osiągnięciu przyspieszenia czasu krzepnienia krwi — należy przypisać charakterowi koloidalnemu kwaśnego roztworu i zetknięciu się ze śródbłonkiem naczyniowym. *St. Malczyński* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Postać maziowa t. zw. przewlekłego gośćca stawowego ze schorzeniem kręgosłupa Bechterewa włącznie. R. KIENBOCK. Wien. Klin. Woschr. 1936. Nr. 1.

O wiele częściej niż dotychczas sądzono, gruźlica jest przyczyną przewlekłego jakoteż zniekształcającego maziowego zapalenia stawów *(polyarthritis synovialis)*. Ognisko pierwotne tkwi przeważnie ukryte w narządzie wewnętrznym. Stąd dostają się prątki do krwi i przychodzi do nagłego lub powolnego schorzenia stawów. Występują bóle, obrzęki, niekiedy wysięk i ograniczenia ruchów. Rentgenologicznie znajdujemy rozmaite postacie: 1) bujanie tkanki ziarninowej do kości w miejscach przyczepu torebki. 2) przechodzenie tkanki ziarninowej na chrząstkę i kość podchrząstkową i 3) zupełne schorzenie stawu.

Leczenie polega na stosowaniu światła, powietrza i na odpowiedniem odżywianiu. Przydać się też mogą wstrzykiwania przetworów jodu i białka. Leczenie tuberkuliną można stosować tylko nader ostrożnie. Unikać należy dłuższego unieruchomienia stawów.

Fels (Lwów).

Nowe kierunki w torakoplastyce gruźlicy płuc. PODLAHA. Čas. Lék. Česk. Z. 1. 1936.

Skutek, zwłaszcza trwały, w gruźlicy płuc, leczonej chirurgicznie, zależy obok należytego wskazania od zapadnięcia jamy. Chory straci większość objawów, jeżeli osiągnięto zupełne uciśnięcie jam. Umiejscowienie jamy i jej wielkość określają typ i rozległość operacji. Sprawy gruźlicze bez jam oraz naciekowe, utajone sprawy oddziaływują zwykle niekorzystnie na chirurgiczne leczenie zapadowe. Do chirurgicznego leczenia torakoplastyką należy wybierać przeważnie chorych z umiejscowieniem sprawy chorobowej w szczytach.

Przykręgowa torakoplastyka Sauerbrucha nie wywołuje we wszystkich przypadkach zupełnego zapadnięcia.

Zasadniczym warunkiem skutecznego zapadnięcia uszkodzonych płuc jest dostateczne uciśnięcie jamy z tyłu i z góry. Ten warunek pozwala na połączenie górnej, niezbyt rozległej torakoplastyki z apikolizą.

Szczytowa torakoplastyka stosowana indywidualnie, wykazuje o wiele mniejszą śmiertelność, aniżeli zupełna rozległa torakoplastyka. Również wyniki przy niej są lepsze aniżeli przy torakoplastyce typowej.

Pneumolizy i plomby pozaopłucnowe, jako samodzielny zabieg operacyjny są niewygodne i można używać tych metod tylko jako operacje uzupełniające po torakoplastykach, w których nie osiągnięto zupełnego ucisku. *Ungar* (Lwów).

Przyczynek do rozpoznawania wrzodów żołądka zapomocą promieni Roentgena. BAŠTECKÝ. Čas. Lék. Česk. Z. 1. 1936.

W ułożeniu poziomem lub na boku zagłębienia posiada możliwość mechaniczną lepszego wypełnienia się, a przeto daje wyraźny obraz. Istnieje pewna grupa ubytków, które w ułożeniu poziomem są większe i bardziej widoczne, aniżeli w pozycji stojącej. Dotyczy to nietylko wrzodów powierzchownych, lecz wrzodów głębokich. Istnieje również pewna grupa ubytków, które są widoczne tylko w ułożeniu poziomem, podczas gdy w pionowem znikają. Według badań kontrolnych gastroskopowych tyczy się to wrzodów powierzchownych. Autor tłumaczy wyraźniejsze obrazy ubytków w ułożeniu poziomem mechanicznie, zwiększonym uciskiem i obniżonym uciskiem na ścianę żołądka. *Ungar* (Lwów).

Przyczynek do oznaczenia obecności miedzi w mleku matki. VELICH i ŠEVČENKO. Čas. Lék. Česk. Z. 2. 1936.

Dotychczasowe rozbiory mleka, tyczące się obecności miedzi znacznie się różnią od siebie. Zwłaszcza niemożliwem jest na podstawie porównywań zawartości miedzi w mleku krowiem i kobiecem wyrobić sobie jednolity pogląd w tej sprawie. Autorowie opisali szczegółową metodę celem oznaczenia ilości tego metalu w mleku kobiecem. Zdaniem ich bez rozwiązania tego zagadnienia trudno jest osądzić, czy słuszny jest pogląd, że jedną z głównych przyczyn niedokrwistości nowonarodzonych sztucznie żywionych mlekiem krowiem jest większa zawartość miedzi w mleku kobiecem, aniżeli w mleku krowiem. Doskonałe wyniki, osiągnięte polarigraficzną metodą Heyrowskiego w mikroanalizie, skłoniły autorów do wyboru tej metody. Stwierdzili oni na podstawie badań, że największą ilość miedzi posiada siara przed porodem (aż 0,00078%). I w siarze po porodzie znajdujemy jeszcze więcej miedzi (aż 0,00062%), aniżeli w mleku (maksymalnie 0,00007%). Również w moczu i smółce nowonarodzonych w pierwszych dniach po porodzie spotyka się stosunkowo dużo miedzi (maksymalnie 0,00038%). Z przemianą siary w mleko zmniejsza się zawartość miedzi. Stosunkowo wielkie są wahania ilości miedzi, jak w siarze, tak i w mleku również u kobiet jednakowo odżywianych. Pomiędzy wiekiem kobiet a ilością miedzi w ich siarze i mleku niema prawidłowego stosunku. Również nie można przyjąć pewnego związku pomiędzy okresem laktacji a wzrostem lub spadkiem ilości miedzi w mleku różnych kobiet. Różnice w zawartości miedzi w mleku różnych kobiet są tak uderzające, że jest możliwy związek pomiędzy niedokrwistością osesków a stosunkowo małym udziałem tego metalu w mleku, które otrzymują. Na podstawie liczb przyjmują autorowie, że jest możliwy pewien wzajemny związek pomiędzy niedokrwistością karmiących kobiet a zmniejszonem lub zwiększonem wydzilaniem miedzi w mleku. *Ungar* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Wylewy krwawe śródmózgowe u noworodków. B. TASSOVATZ i S. TASSOVATZ. Rev. Fr. de Gyn. Z. 1. 1936.

W przypadkach wylewów krwawych śródmózgowych u noworodków autorowie wykonywali kilkakrotne punkcje lumbalne wypuszczając po 10—15 cm³ płynu. Zabieg ten ma na celu zmniejszenie ucisku na centra mózgowe oraz zmniejszenie podrażnienia opon przez wylaną krew. Trzy przypadki leczone w ten sposób dały dobre wyniki. Dzieci te urodzone były po ciężkich porodach w zamartwicy bladej. Punkcja lumbalna wykazała krwawy płyn. *H. Newlińska* (Lwów).

Hysteroskopja, jej technika i wyniki. A. HAMANT i E. DURAND. Rev. Fr. de Gyn. Z. 1. 1936.

Autor omawia bardzo szczegółowo hysteroskopję, jej technikę, przeciwwskazania oraz otrzymane wyniki. Na podstawie licznych przypadków dochodzi do wniosku, że hysteroskopja jako zabieg technicznie łatwy i zupełnie bezpieczny dla chorej znajdzie wkrótce prawo bytu. Możność oglądnięcia błony śluzowej macicy, rozpoznanie pierwszych zmian ułatwi chirurgom postawienie wczesnego rozpoznania i pozwoli na zabieg operacyjny. Jako przeciwwskazania wymienia: 1) zmiany w położeniu macicy nie dające się odprowadzić, 2) ciąża, 3) ostre sprawy zapalne, 4) obfite krwawienia. *H. Newlińska* (Lwów).

Zachowanie macicy po obustronnem usunięciu jajników oraz kwestja hormonów macicy. R. DIEULAFE. Rev. Fr. de Gyn. Z. 1. 1936.

Autor zauważył, że pozostawienie macicy po obustronnem usunięciu jajników wstrzymuje rozwój objawów charakterystycznych dla wypadnięcia funkcji jajników, gdyż macica posiada duże znaczenie jako narząd wewnątrzwydzielniczy. Położenie anatomiczne macicy uzasadnia zachowanie jej dla prawidłowej statyki narządu rodnego. Nawet lekkie sprawy zapalne macicy nie dają wskazania do usuwania jej, gdyż po wycięciu schorzałych przydatków zmiany zapalne macicy ustępują samoistnie. Podczas operacji, gdy usuwa się obustronnie przydatki, należy zawsze dołączyć odpowiedni zabieg, mający na celu utrzymanie macicy we właściwem położeniu. *H. Newlińska* (Lwów).

Polocaina w stomatologji. JARZĄB. Polska Stomatologja. R. XIII. Nr. 11—12. 1935.

Autor uważa, że preparat znieczulający miejscowo powinien odpowiadać następującym wymaganiom:

1) Działać szybko bez działań ubocznych,

2) Być łatwy w użyciu i trwały w przechowywaniu jałowem.

Szybkość i intensywność działania zależne są od stężenia jonów wodorowych danego środka znieczulającego, t. zn. im bardziej zasadowe oddziaływanie tem silniejsze i głębsze znieczulenie. Używany roztwór 1 : 1000 adrenaliny jako dodatek do novocainy może spowodować uboczne działanie na osobniki specjalnie wrażliwe. Dodawanie pewnych ciał dla otrzymania trwałości preparatu (np. HCl) zakłóca izotonję powodując hemolizę i przekrwienie miejsca zastrzyku. Wszystkie preparaty znieczulające miejscowo mają oddziaływanie kwaśne, ich pH waha się od 1.95 do 2,5. Warunkom powyższym odpowiada całkowicie „Polocaina" wyrabiana przez Zakł. Przem.-Chem. „L. Spiess i Syn".

pH Polocainy 6,8 powoduje, że krwinki są nienaruszone i umożliwia szybkie i głębokie wnikanie w tkanki. Na skutek tego udało się zmniejszyć ilość adrenaliny mającej ujemne działanie na wrażliwe osobniki do 1 kropli w rozcieńczeniu 1 : 1000 na 2 cm³ płynu. Polocaina *in substantia* pozwala na przygotowanie roztworu samemu, używamy wówczas 1% rozczynu KCl. Świeżo sporządzony roztwór Polocainy ma odczyn zasadowy pH 7,3—7,6 zatem działa szybko dzięki wnikaniu w rozluźnioną tkankę. Dodać należy, że wystawione na działanie słońca i światła ampułki Polocainy, po 10 miesiącach nie wykazywały zmian chemicznych i fizjologicznych. *S. Kmita.*

Leczenie rzucawki porodowej zapomocą Dorylu. A. LAUBE. Münch. med. Wochschr. 1935, nr. 42, str. 1687.

Autor opisuje obszernie przypadek bardzo ciężkiej rzucawki porodowej, oraz ciężki przypadek skłonności do drgawek. W obydwu przypadkach występowało bardzo silne podwyższenie ciśnienia i prawie całkowity bezmocz, częściowo z objawami ciężkiej psychozy. Po wstrzyknięciu Dorylu Mercka nastąpiło szybko oddanie moczu, a ciśnienie krwi spadło do poziomu normalnego. Białkomocz stale zmniejszał się, a objawy psychozy, dolegliwości subjektywne, jak bóle głowy, migotanie przed oczyma, zanikały w widoczny sposób. *Dr. J. Bader* (Warszawa).

W sprawie leczenia powikłań pooperacyjnych ze strony płuc i serca. H. G. ODEN. Zbl. f. Chir. Nr. 25. 1935.

Pomyślne wyniki lecznicze, które osiągnął Gutman, podając Calcio-koraminę w przypadkach nieżytu oskrzeli, dychawicy oskrzelowej, rozedmy i zapalenia płuc, zachęciły autora do stosowania jej w powikłaniach pooperacyjnych ze strony płuc i serca tem bardziej, że zdaniem autora bardzo trafnem jest połączenie w jednym preparacie dwóch środków, oddawna wprowadzo-

nych do lecznictwa i cieszących się ogólnem uznaniem. Wapń bowiem daje dobre rezultaty w zapobieganiu i leczeniu nieżytu oskrzeli oraz odoskrzelowego zapalenia płuc. Koramina zaś wywiera znakomite działanie na serce i krążenie. Wapń występuje przytem w postaci rodanku, znanego z wybitnych własności rozrzedzania wydzieliny oskrzeli i ta okoliczność stanowi dalszą zaletę nowego leku. W ten sposób w Calcio-koraminie mamy środek, zapomocą którego można równocześnie wpłynąć na serce i płuca, nie uciekając się do specjalnych leków wykrztuśnych, obciążających żołądek.

Autor stosował Calcio-koraminę w powikłaniach pooperacyjnych ze strony płuc i serca w dawce 3 razy dziennie po 2 tabletki.

Na podstawie swoich doświadczeń nabrał przekonania, że Calcio-koramina „Ciba" stanowi środek w zupełności nadający się do leczenia powyższych powikłań, ponieważ obok skutecznego działania wykrztuśnego, wspomaga dzielnie narząd krążenia, czyniąc zbytecznem równoczesne podawanie licznych środków farmaceutycznych. *Fr. Sienicki* (Warszawa).

Choroby skórne i weneryczne.

Wartość szczepionki z prątków Ducrey'a w rozpoznawaniu i leczeniu dymienic pachwinowych różnej etjologji. YU TUN-PE. Rev. Franc. de Dermat. et de Vener. Czerwiec 1935.

Dymienice pachwinowe różnej etjologji są w Chinach nader częste. Autor obserwował rozpoznawcze i lecznicze właściwości szczepionki z prątków Ducrey'a (Dmelcos) na materjale 65 chorych własnych i 60 badanych przez Dr. Sun. Zamiarem autora było sprawdzenie nieswoistego działania szczepionki w przypadkach dymienic niezależnych od wrzodu miękkiego i niepowstałych na tle kiły.

Szczepionka, stosowana w celu rozpoznawczym doskórnie, wykazuje wyraźną swoistość; odczyn dodatni miejscowy, a nawet ogniskowy, występuje na 8 dzień od zakażenia.

W celach leczniczych podaje się szczepionkę dożylnie. Po pierwszem zastrzyknięciu przeważnie występuje odczyn ogólny silny, lecz niepołączony z niebezpieczeństwem dla chorego; dreszcze i gorączka do 41° ustępują dnia następnego. Dalsze zastrzykiwania dają reakcję słabszą, nieraz znikomą. Schorzenia nerek i serca, gruźlica, ciąża oraz wybitnie dodatni odczyn doskórny przed leczeniem — nakazują ostrożne dawkowanie początkowe. Stosowanie szczepionki Dmelcos domięśniowo wymaga dawek przynajmniej dwa razy większych.

Wyniki lecznicze autora: w I-ej grupie 19 chorych — wyleczenie dymienic nastąpiło po pierwszej serji Dmelcos; w II-ej grupie 31 chorych — po skończeniu pierwszej serji należało nadal zastrzykiwać szczepionkę w większych dawkach (3—5 cm^3); w III-ej grupie 15 chorych — szczepionka nie miała żadnego wpływu, lub tylko przelotny tak, iż trzeba się było uciec do zabiegu chirurgicznego. Do IV-tej grupy D-ra Sun należało 60 chorych, których stan wymagał natychmiastowej interwencji chirurgicznej, przyczem u 30 chorych zastosowano po zabiegu 5—6 zastrzyknięć szczepionki — gojenie trwało 25 dni, gdy u innych 30 chorych szczepionki nie zastosowano — gojenie trwało 38 dni. Szczepionka świetnie wpływa również na gojenie się owrzodzeń o typie wrzodu miękkiego, powstałych w miejscu operacji: owrzodzenia te, nieraz rozległe i miesiącami opierające się leczeniu miejscowemu, ustępowały w 12—18 dni pod wpływem 5—7 zastrzyknięć Dmelcos. Z 65 chorych autora — 25 miało wrzód miękki. Odczyn doskórny był dodatni w 37 przypadkach. Tylko 5 przypadków z odczynem doskórnym dodatnim zachowało się opornie w stosunku do szczepionki. W 7 przypadkach z odczynem doskórnym ujemnym stwierdzono w ropie gronkowce i paciorkowce. W 32 przypadkach znaleziono dwoinki w ropie z cewki.

Dobre wyniki szczepionki dotyczą zarówno dymienic na tle wrzodu miękkiego, jak i przypadków niezależnych od prątka Ducrey'a.

Szczepionka działa na objawy zapalne dymienic, zwłaszcza w ostrem, lecz niezbyt wielkiem powiększeniu gruczołów: działanie w przypadkach podostrych jest słabsze; w stwardnieniu łącznotkankowem — działania niema. Leczenie szczepionką Dmelcos umożliwia w znacznej ilości przypadków uniknięcie operacji, a w razie zabiegu — skraca wybitnie czas bliznowacenia. Autor zwraca jednak uwagę, iż jedna serja zastrzyknięć może nie okazać się dostateczna, w takim razie należy szczepienie przedłużyć. *J. Bauer.*

Leczenie ostrej rzeżączki. E. CASTANO. La Semana Medica. Nr. 44, 1935.

Autor stosuje przy ostrej rzeżączce jako lek zasadniczy gonakrynę, i to nie dożylnie, lecz miejscowo w postaci płókań cewkowo-pęcherzowych, które są znacznie skuteczniejsze; stężenie płynu do płókania wynosi 0,15% lub 0,30% (10 lub 20 cm^3 2% rozczynu na 1,5 litra letniej wody). Leczenie jest wogóle doskonale znoszone, zrzadka tylko, jako powikłanie, występują po 3—4 dniach bóle w cewce przy oddawaniu moczu lub płókaniu, lub wyprysk na żołędzi i napletku, w tych przypadkach należy gonakrynę odstawić, płókać nadal słabym rozczynem nadmanganianu potasowego lub przyżegać wyprysk 1% lapisem.

W ostrej rzeżączce przedniej cewki, przy klarownym moczu w 2-giem naczyniu w ciągu 3—4 dni płóczemy 0,15% rozczynem przednią cewkę, na czwarty dzień jednorazowo wprowadzamy płyn do pęcherza; w razie skurczu zwieracza błoniastego znieczulamy cewkę przez 10 minut 1% rozczynem alipiny, eukainy B lub pantokainy. Jeśli po 15 dniach są w pierwszem naczyniu nitki — podnosimy stężenie gonakryny do 0,30%; jeśli po 20—25 dniach nitki nie znikły — przechodzimy na nadmanganian i tu w razie wyleczenia sprawy mocz pozostaje w obu naczyniach klarowny, a nitki szybko znikają, — w przeciwnym zaś razie po pierwszem płókaniu nadmanganianem mocz w pierwszem naczyniu mętnieje, co wskazuje na konieczność dalszego stosowania gonakryny.

W rzeżączce tylnej cewki należy stosować płókania 0,15% rozczynem gonakryny; po mniejwięcej 8 dniach wyciek znika, mocz w obu naczyniach się klaruje, jedynie w pierwszej porcji pozostają nitki.

Utrzymywanie się wycieku i zmętnienie wskazuje na konieczność przejścia do płókań 0,15% nadmanganianem; po upływie kilku dni można powrócić do gonakryny; gdy jednak mocz powtórnie mętnieje, należy ją ostatecznie odstawić. Przy zapaleniu najądrza lub gruczołu krokowego płóczemy rozczynem słabszym, jeśli *prostatitis* nie przebiega zbyt ostro uciekamy się do codziennego bardzo łagodnego mięsienia gruczołu po uprzedniem napełnieniu pęcherza gonakryną; przy ostrym przebiegu — rezygnujemy z masażu, oddając pierwszeństwo lawatywkom z gorącej wody i czopkom z maścią neapolitańską, ichtjolem, belladonną, morfiną. *J. Bauer.*

Leczenie rzęsistkowego zapalenia pochwy (trichomonas-colpitis) podczas ciąży tabletkami pochwowemi Cholevalu. MATYAS. Zentr. f. Gyn. 1935, nr. 16, str. 931.

Autor opisuje dwa przypadki rzęsistkowego zapalenia pochwy podczas ciąży. W przypadkach tych dodatni wynik dało leczenie tabletkami pochwowemi Cholevalu Mercka, po uprzedniem starannem oczyszczeniu pochwy. Wydzielina natychmiast całkowicie ustała i ciążę można było bez trudu doprowadzić do końca. Gdyby tabletki pochwowe Cholevalu okazały się również korzystne w dalszych przypadkach schorzeń pochwy pochodzenia rzęsistkowego, w końcowym okresie ciąży, posiadałoby ich stosowanie przed porodem znaczenie zapobiegawcze.

J. Bader (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół XXX posiedzenia naukowego odbytego dnia 13 grudnia 1935 r.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Prezes *wygłasza krótkie wspomnienie pośmiertne, poświęcone pamięci śp. Romualda Węglowskiego, zmarłego przed dwoma tygodniami Członka T-wa,* którego obecni wysłuchali stojąc.

2. Kol. Ermich *przedstawia przypadek przewlekłego zapalenia szpiku kości piszczelowej,* w którym to przypadku rozpoznanie długo wahało się między sprawą zapalną a mięsakiem. Przypadek ten dotyczył chłopca 12-letniego, u którego badanie wykazało obecność guza kształtu kalafjorowatego, pokrytego martwiczemi nalotami i brudną wydzieliną ropną a zajmującego 1/3 górną podudzia prawego. Zdjęcie rentgenowskie tegoż podudzia wykazało: znacznego stopnia zniszczenie, dotyczące substancji gąbczastej w 1/3 górnej kości piszczelowej, rozrzedzenia sięgały aż do połowy trzonu. Substancja korowa uległa znacznemu ścieńczeniu a w bocznej części przynasadowej tworzyła cieniutką blaszkę. W otoczeniu widoczne cienie wapienne, ułożone na powierzchni bocznej i tylnej, a częściowo i przedniej kości piszczelowej, nałożone, jak ziarnka kawy. Nadto w pewnej odległości stwierdzało się takie same cienie, tworzące jakby otoczkę o niezupełnie ciągłej linji. Okostna w górnej i w dolnej części tworzyła ostrogowate uniesienia. Nasada górna kości piszczelowej wykazywała zniszczenie części bocznej i przyśrodkowej, wskutek czego szpara stawowa uległa zwężeniu, powodując kolano końśla-

we. Kość strzałkowa bez zmian. Na podstawie badania klinicznego oraz obrazu rentgenowskiego, wykazującego ostrogowate uniesienia okostnej oraz charakterystyczne cienie wapienne nałożone jak ziarnka kawy, można było myśleć przedewszystkiem o sprawie nowotworowej a mianowicie o *chondrosarcoma*. Jednak histologiczne badanie trzykrotnie pobieranego próbnego skrawka wykazywało stale przewlekły proces zapalny a więc *osteomyelitis*. Rozpoznanie pozostało zatem nieustalone; licząc się jednak z możliwością sprawy nowotworowej naświetlono chorego promieniami Roentgena i postanowiono odczekać pewien okres czasu. Po 6 tygodniach od ukończenia naświetlań chory zgłosił się na Oddział ponownie. Stwierdzono wówczas na podudziu prawem w miejscu dawnego guza o kształcie kalafjorowatym płaskie owrzodzenie wielkości 10-złotówki, pokryte żywo czerwoną i oczyszczona ziarniną. Zdjęcie rentgenowskie podudzia prawego wykazało całkowite zniknięcie cieni dodatkowych w częściach miękkich. Na przestrzeni zmian poprzednio stwierdzonych widoczne były rozrzedzenia nieregularne, jamiste, przyczem jednak beleczki kostne wytworzyły się w tych partjach, w których uprzednio widoczne były znaczne zniszczenia. Zawartość kości w wapń w tych miejscach znacznie lepsza. Nasada kości piszczelowej wykazywała zniszczenia i zniekształcenia, jak na poprzedniem zdjęciu. Powierzchnie stawowe kłykci wewnętrznych nierówne. W miejscu poprzednio stwierdzanych delikatnych blaszek okostnowych widoczne były znacznie grubsze płaszcze okostnowe. Obecne zdjęcie rentgenowskie pozwoliło już ustalić rozpoznanie jako zapalenie szpiku kostnego, jakkolwiek nadal niezbyt typowe. Prelegent podnosi dalej, iż w jednym z ostatnich biuletynów ogólnie znanej kliniki chirurgicznej Braci Mayo opublikowano podobny przypadek, w którym przewlekłe zapalenie szpiku kości udowej brano długo za mięsaka Ewinga i dopiero dłuższa obserwacja pozwoliła ustalić właściwe rozpoznanie. O ile jednak między zapaleniem szpiku kostnego a mięsakiem Ewinga trudności rozpoznawcze znane były i podnoszone oddawna, o tyle między zapaleniem szpiku kostnego a grupą mięsaków szkieletopochodnych, jak w przypadku przedstawionym, zdarzają się one rzadko i dlatego przypadek obecny godny jest szczególnej uwagi.

Kol. Ermich *przedstawia następnie przypadek olbrzymich rozmiarów przepukliny brzusznej o niewyjaśnionej etjologji, dotyczący kobiety 38-letniej*. Przepuklina ta trwająca od dwóch lat powstała wskutek przewlekłej sprawy zapalnej w powłokach prawej strony brzucha, rozwijającej się od około 10 lat, nieleczonej spowodu małej bolesności, towarzyszącej sprawie chorobowej. Badaniem stwierdzono przepuklinę brzuszną prawostronną, dochodzącą w pozycji stojącej do rozmiarów dyni, zwisającą do połowy uda prawego. Skóra worka przepuklinowego zmieniona, zabarwiona silnie brunatno, z licznemi drobnemi blizenkami oraz jedną małą przetoką, z której sączyła się rzadka wydzielina ropna, wykazywała przy obmacywaniu miejscami bliznowate stwardnienia, miejscami świeże nacieki, niebardzo tkliwe. Ropa z tej przetoki była jałową, a skrawek pobrany ze ściany przetoki, badany histologicznie wykazał jedynie przewlekłą sprawę zapalną. Krew badana cytologicznie bez zmian. Roentgen przewodu pokarmowego wykazał całkowite niemal przemieszczenie jelit i żołądka z jamy brzusznej do worka przepuklinowego. Chorą ułożono na stałe do łóżka i obłożono całą przepuklinę workami z piaskiem a dopiero po jej częściowem zmniejszeniu się przystąpiono do zabiegu operacyjnego (operował Prym. Doc. W. Dobrzaniecki). W uśpieniu eterowem otwarto worek przepuklinowy i stwierdzono, że sieć, jelito cienkie, a nawet żołądek były silnie pozrastane ze ścianą worka. Po mozolnem uwolnieniu trzew odprowadzono je do jamy brzusznej i wtedy stwierdzono, że brama przepuklinowa ma kształt koła o średnicy około kilkunastu centymetrów, położona tuż przy bocznym brzegu mięśnia prostego na wysokości pępka. Przy dodatkowym przeglądzie jamy brzusznej stwierdzono *teratoma* jajnika prawego i przy tej sposobności usunięto go. Bramę przepuklinową zaszyto a cały worek przepuklinowy razem ze skórą odcięto. Wycięta ściana worka przepuklinowego przedstawiała kształt czworoboku o wymiarach około 30/23 cm, od strony wewnętrznej widoczne były na niej pasmowate zgrubienia tkanki, rozgałęziające się nakształt jakichś przewodów, pokryte otrzewną ścienną z licznemi strzępami tkanki łącznej, które tworzyły zrosty z trzewiami. Badanie histologiczne skrawków, pobranych z bardzo wielu miejsc wyciętej ściany przepukliny wykazało jedynie istnienie przewlekłego procesu zapalnego bez jakiegokolwiek charakteru swoistego. W tydzień po zabiegu operacyjnym stwierdzono w miejscu rany pooperacyjnej świeży naciek o charakterze wyżej opisanego. W trzy tygodnie później powstała w tem miejscu przetoka ropna. Ropę tę badano wielokrotnie szczepiąc na wszystkie niemal pożywki, zawsze z wynikiem: r o p a j a ł o w a. Przyjęto, że sprawa zapalna jest jakąś grzybicą, np. promienicą i naświetlono chorą promieniami Roentgena przy równoczesnem podawaniu doustnem jodu. Poprawa po naświetlaniach bardzo nieznaczna, chora pozostaje nadal w obserwacji. Przypadek ten omawia prelegent, przedstawiając go jako *„casus pro diagnosi"*.

3. Kol. O n y s z k i e w i c z T. St. *demonstruje: a) torakoplastykę przy przewlekłym otoku ropnym opłucnej, b) dwa przypadki plastyki nosa.*

a) Jednem niezbyt rzadko spotykanem zejściem *empyema chronicum* u dzieci jest wytworzenie się niedodmy płuca z następowemi zmianami włóknistemi w jego miąższu, które nie pozwalają płucu temu rozwinąć się, co w następstwie doprowadza do wytworzenia się mniejszej lub większej jamy między dwiema zgrubiałemi blaszkami opłucnej.

Utrzymywanie się takiej jamy przez czas dłuższy prowadzi niewątpliwie do pogarszania się stanu ogólnego dziecka, zwalniające gorączki i objawy wyniszczającego przewlekłego zakażenia ogólnego doprowadzają do zwyrodnienia skrobiowatego narządów miąższowych i śmierci. Płuco dane zostaje zupełnie wyłączone z czynności fizjologicznych, co prowadzi do znacznego zmniejszenia powierzchni oddechowej i do zaburzeń w krążeniu, szczególnie żylnem spowodu przemieszczenia wiotkiego u dzieci śródpiersia, wreszcie do dużych zniekształceń klatki piersiowej i kręgosłupa.

Do leczenia tego schorzenia są następujące sposoby:

1) *Frenikotomja*, którą dziś coraz rzadziej stosujemy, a która może dać jedynie pewne wyniki przy sprawie chorobowej, usadowionej tuż nad przeponą;

2) *Pneumoliza* lub *dekortykacja* płuc *a priori* nie może dać pełnego efektu spowodu zmian łącznotkankowych w samem płucu, niepozwalających mu rozwinąć się należycie i zbliżyć do ścian klatki piersiowej, a wreszcie

3) *Torakoplastyka*, która ma za zadanie spowodować zapadnięcie się klatki piersiowej na pewnym większym lub mniejszym odcinku, zależnie od wielkości i usadowienia się jamy, powstałej po przewlekłym otoku ropnym opłucnowym.

Z metod wyżej wymienionych *torakoplastyka* jest zdaniem naszem postępowaniem najbardziej celowem.

Przypadek nasz dotyczy dziewczynki 5-letniej. Choroba rozpoczęła się 1 kwietnia b. r. gorączką, kaszlem i odkrztuszaniem gęstego śluzu. Zawezwany po kilku dniach lekarz rozpoznał zapalenie opłucnej. Po przyjęciu do kliniki dziecięcej stwierdzono wybitną bladość, duszność, wypuklenie kręgosłupa ku stronie lewej, stłumienie wypuku po stronie lewej o charakterze linji Demoiseau, wydech oskrzelowy z głębi. Rozpoznano *pneumonia crouposa lobi inf. pulmonis dextri, empyema parapneumonicum*. W klinice dziecięcej wykonano 24 nakłucia opłucnej i wydobywano początkowo 100—500 cm³, później od 50—150 cm³ gęstej ropy. Badanie bakterjologiczne ropy wykazało obecność dwoinek zapalenia płuc.

Szereg wykonanych prześwietleń i zdjęć wykazuje stale poza cieniem przyściennym, odpowiadającym płynowi, zaciemnienie dolnego płatu płuca prawego, odpowiadające naciekowi. Chorą 17 maja przeniesiono na Oddział Chir. Szpitala św. Zofji, gdzie wykonano torakotomję sposobem Bulaua.

Chora pozostawała na Oddziale do 11 sierpnia b. r. i w stanie prawie wygojonym opuściła Szpital, zgłaszając się po raz wtóry z nawrotem choroby dnia 19. X. 1935.

Po wstrzyknięciu płynu kontrastowego przez przetokę stwierdzono jamę, sięgającą od żebra 5—10, która leży od tyłu przykręgowo. Ponieważ w przypadku naszym leczenie przez przeciąg 5 miesięcy nie dało wyniku, a stan chorej pogarszał się z dnia na dzień postanowiliśmy przystąpić do torakoplastyki. Chcąc jednak przekonać się o stanie samego płuca wykonano u chorej bronchografję, ażeby między innemi sprawami wykluczyć rozstrzeń oskrzeli, o której zawsze musimy myśleć przy przewlekłych sprawach opłucnowo-płucnych i gdzieby torakoplastyka nie stanowiła leczenia racjonalnego. Otóż bronchografja wykazała prawidłowe wypełnianie się oskrzeli i oskrzelików substancją cieniującą. Wobec takiego obrazu przystąpiono do wykonania torakoplastyki.

Z cięcia podłużnego odsłonięto żebra od 5—10, wyłuszczono je w obu stawach przykręgowych, a od przodu przecięto je podokostnowo tuż przy chrząstce. Następnie otwarto podłużnie tylną ścianę jamy przez przecięcie mięśni i włóknisto zmienionej opłucnej ściennej. Powstałe w ten sposób dwa płaty mięśniowo-opłucnowe wpuklono do światła jamy celem spowodowania wytworzenia się ziarniny, która też w przeciągu 2 tygodni zupełnie wypełniła jamę. Przez celowe pozostawienie żebra 5 górnego i 10 dolnego, które zapewniają nam pewnego rodzaju napięcie mięśni klatki piersiowej, sądzimy, że przez tak rozległą torakoplastykę nie spowodujemy skoljozy kręgosłupa, gdyż kieszonki okostnowe

pozostawione po żebrach w przeciągu 6—8 tygodni spowodują regenerację usuniętych żeber, jak to nam jest wiadomem z literatury i obserwacji w Klinice Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.

Jednym z dowodów racjonalności takiego postępowania jest przedstawiona karta gorączkowa tej chorej, która wykazuje spadek ciepłoty z 39° do normy i utrzymywanie się jej na prawidłowym poziomie.

b) *Przy tak zwanej niezupełnej plastyce nosa* zasadniczo wchodzą w rachubę 4 metody operacyjne t. j.:

1) sposób indyjski pokrywania ubytku z czoła,
2) sposób włoski Tagliacozzy z ramienia lub przedramienia,
3) płaty wędrujące, pobierane z klatki piersiowej lub szyi,
4) sposób francuski czyli t. zw. plastyka laterobukkalna z policzka.

Spośród tych metod najbardziej rozpowszechniona jest metoda włoska, która mimo wielu swych zalet ma i duże niedogodności. Do tych należą uciążliwe i bolesne dla chorego ustalania w opatrunku gipsowym, pewne trudności w odżywianiu chorego spowodu trudnego dostępu do jamy ustnej, możliwa nekroza brzegów uszypułowanego płatu w parę dni po zabiegu operacyjnym, oddzielenie się płatu nawet w 8—10 dni po zabiegu spowodu ropienia w miejscu operowanem, a wreszcie nawet przy udałej plastyce duża różnica w zabarwieniu i jakości skóry transplantatu, pobranego z ramienia.

Metoda laterobukkalna jest stosunkowo najprostsza i dająca, jeśli chodzi o barwę i jakość skóry, stosunki najbardziej zbliżające ją do skóry normalnej.

Prelegent przedstawia dwa przypadki operowane tą metodą na Oddz. Chir. Szpitala św. Zofji. Przypadek pierwszy znajduje się już w stadjum końcowem plastyki, potrzebującem jeszcze nieznacznego retuszu operacyjnego.

Przypadek drugi znajduje się w stadjum mniejwięcej środkowem wykonywanej tym sposobem plastyki. Ubytki w obu przypadkach powstały wskutek tocznia pospolitego, który zniszczył całą tak zwaną ruchomą część nosa wraz z przegrodą nosową.

Szczegóły techniki przedstawiają się w sposób następujący: Po wykonaniu szerokiego płatu skórnego z policzka, uszypułowanego dość szeroko przy brzegu *apertura pyriformis* z zachowaniem *art. angularis* odżywiającej płat, powierzchnię rany płata tego pokrywamy jednym dużym naskórkowym płatem Thierscha, pobranym z uda. Płat Thierscha ustalamy przy pomocy paru szwów węzełkowych. Następnie po wycięciu blizny na nosie i okrwawieniu jej brzegów płat z policzka skręcamy dokoła jego szypuły o 180° i po założeniu odpowiedniej ilości szwów przez okrwawioną część nosa i brzegi płatu, dociąga się tylko 2—3 szwy sytuacyjne, resztę szwów dociągamy stopniowo w następnych dniach po operacji. W ten sposób przyzwyczajamy płat do zmienionego i upośledzonego krążenia. Płat sam kilkakrotnie nakłuwamy głęboko igłą, celem zmniejszenia jego obrzęku, jaki zawsze występuje przy tak znacznem skręceniu szypuły. Po 3—4 tygodniach naciskamy szypułę płatu na pół do 1 godziny dziennie celem spowodowania intensywniejszego krążenia ubocznego i dopiero po takiem przygotowaniu już bez obawy przecinamy szypułę płatu. Stosunkowo duży ubytek na policzku pokrywamy w ten sposób, że mobilizujemy skórę cięciem w tkance podskórnej aż do brzegu oczodołu od góry i do brzegu szczęki dolnej od dołu.

W drugim przypadku zwraca uwagę powierzchnia rany pokryta „Thierschem", która niczem się nie różni od prawidłowej skóry otoczenia. Wszystkie przedstawione przypadki operował Prym. Doc. Dobrzaniecki.

4. Kol. Stankiewicz *przedstawia przypadek enchondromatosis fibulae.*

Na Oddział Chirurgiczny Szpitala św. Zofji zgłosił się chłopiec lat 14, którego rodzice podali, że u chorego od 8 lat istnieje zniekształcenie w okolicy stawu skokowego lewego, które z roku na rok coraz bardziej się powiększa, sprawiając choremu duże trudności w chodzeniu. Zniekształcenie to miało wystąpić po skoku.

Oglądaniem stwierdza się ustawienie wybitnie koślawe stopy lewej, bardzo daleko posunięte, torebka stawu skokowego jest zupełnie rozluźniona, a odśrodkowa część kości piszczelowej jest przesunięta wyraźnie ku przodowi i ku środkowi, kość strzałkowa zmian przy badaniu nie wykazuje.

Zdjęcie rentgenowskie tej okolicy wykazuje: stan po złamaniu pronacyjnem kostki wewn. Zupełnie przypadkowem odkryciem w tym Rtg. było stwierdzenie *enchondromatosis* obwodowej części nasadowej i przynasadowej kości strzałkowej. Przy badaniu rentgenowskiem całego układu kostnego wykazano zupełnie analogiczne ognisko chorobowe i w części dośrodkowej kości strzałkowej.

Roentgen: Kość strzałkowa znacznie skrócona w całości, wykazuje rozszerzenie nasady dolnej wraz z częścią przynasadową (metafizą); brak stawu piszczelowo-strzałkowego górnego i dolnego. Nasada górna kości strzałkowej znajduje się trzy centymetry poniżej linji nasadowej. Struktura kostna w obrębie części przynasadowych wykazuje rozrzedzenie, przyczem brak jest warstwy korowej. Struktura beleczkowa nieregularna, grubobeleczkowa, miejscami widoczne jest nagromadzenie plamkowych cieni, odpowiadających zwapnieniom. Przy przejściu części przynasadowej w trzon, widoczne są przejaśnienia, dość ostro odcinające się i jakby uciskające warstwę korową, która ponad niemi ulega znacznemu ścieńczeniu. Struktura środkowej części trzonu prawidłowa. Kość piszczelowa zmian w strukturze nie wykazuje.

Przystąpiono wpierw do operacyjnego leczenia złamania pronacyjnego kostki i jego następstw (operował Prym. Doc. Dr. Dobrzaniecki). Z cięcia podłużnego odsłonięto kostkę wewnętrzną, zdłótowano z niej nadmiar kostniny a następnie wykonano osteotomję skośną w miejscu dawnego złamania. Ponieważ odprowadzenie ręczne złamania i podwichnięcia stawu skokowego, spowodu zbliznowacenia torebki stawowej było niemożliwe, dlatego założyliśmy ekstensję gwoździową przez kość piętową na 8 dni i dopiero po tym czasie odprowadzimy złamanie i podwichnięcie przy pomocy przyrządu Phels-Gochta.

Materjału kostnego, uzyskanego ze zdłótowanej kostnicy użyliśmy do wypełnienia ubytku w górnej nasadzie kości strzałkowej, po poprzedniem wyłyżeczkowaniu mas nowotworowych.

Wypełnienie jam w nasadzie dolnej kości strzałkowej mamy zamiar wykonać po paru miesiącach t. j. po ustaleniu wyniku anatomicznego i funkcjonalnego wykonanej operacji.

Przy *enchondromatosis* kość odpowiedniej części jest rozdęta, warstwa korowa jest słabo rozwinięta, substancja gąbczasta jest rozjaśniona. Linje nasadowe w początkach schorzenia mają przebieg nieregularny a przy dalszym rozwoju sprawy nie można ich już na Rtg. odczytać. Miejscem predylekcyjnem dla tego schorzenia jest okolica chrząstki nasadowej, skąd przechodzi ono później w część przynasadową, jakto można obserwować w naszym przypadku, gdzie posuwanie się sprawy chorobowej w kierunku trzonu widzimy zarówno od nasady górnej, jak i nasady dolnej kości strzałkowej.

Enchondromatosis jest schorzeniem, pozostającem w związku z zaburzeniami rozwojowemi samej chrząstki nasadowej. Jako ostateczny wynik tego zaburzenia pozostają anomalje w kostnieniu, albowiem chrząstka nasadowa odgrywa w procesach kostnienia decydującą rolę. Te zaburzenia w chondrogenezie a następnie w kostnieniu są zaburzeniami wrodzonemi, które odkrywa się przypadkowo w wieku dziecięcym. W wieku dojrzałym, gdzie cały proces chondrogenezy i kostnienia jest ukończony, wykrycie enchondromatozy na kliszy rentgenowskiej świadczy o rozwinięciu się tej sprawy we wczesnem dzieciństwie.

Rokowanie w *enchondromatosis* należy stawiać z dużą rezerwą, gdyż poza miejscowem zniszczeniem anatomicznem, sprawa ta może ulegać zmianom złośliwym szczególnie przy usadowieniu w kościach długich.

Wypełnienie ubytku materjałem kostnym zdrowym ma za zadanie podrażnienie i pobudzenie pozostałych elementów do produkcji kości, wypełniającej następowo ubytek. Wypełnienia te dają zwykle w danem miejscu nawet eburneację kości.

5. Kol. Nadel *przedstawia przypadek wyprysku alergicznego, wywołanego uczuleniem chorego na barwik anilinowy.*

Chory lat 29, wewnętrznie zdrowy, z zawodu posterunkowy, cierpi od 16 miesięcy na wyprysk, obejmujący twarz, szyję, kark, pachy, górną część klatki piersiowej i kończyny górne. Dolna część tułowia i kończyny dolne pozostają przeważnie wolne. Wyprysk okresowo ulega poprawie, potem znowu następują okresy wybitnego zaostrzenia, mające charakter ataków. Dotychczasowe leczenie także w oddziałach zamkniętych dawało tylko chwilową poprawę, a nawet zupełne ustąpienie objawów, jednak po powrocie chorego do zwyczajnego trybu życia nawroty choroby stale się powtarzały.

Ze względu na to, że wszelkie próby dietetyczne pozostały bez wpływu na przebieg schorzenia, należało szukać przyczyny schorzenia, wykazującego cechy schorzenia alergicznego w alergenach zewnętrznych. U chorego wykonano cały szereg prób alergicznych metodą Jaegera-Blocha-Jadassohna, używając jako uczulaczy między innemi piór z poduszek, słomy z siennika, materji z kołdry, z siennika, waty z kołdry, włosu z kożucha, materjału z bielizny, z ubrania, wataliny i t. p. Ogółem użyto do tych prób dwudziestu kilku alergenów. Okazało się, że chory jest uczulony na materję z bluzy granatowej, impregnowanej barwikiem anilinowym, który już na zimno z łatwością można otrzymać. Odczyn śródskórny wykonany przez zastrzyk samego wy-

ciągu barwikowego dał wybitny rumień wielkości jabłka, który przeszedł w następnych dniach w naciek ze zgorzelą w centrum ogniska. Próby kontrolne wykonane u 6 osób nieuczulonych dały wynik ujemny.

Badanie chemiczne barwika wykazało, że jest to barwik anilinowy, o oddziaływaniu obojętnem lub słabo zasadowem, należący prawdopodobnie do rozanilin t. j. do pochodnych trójfenylometanu.

Celem wykazania obecności niwecznikow w surowicy chorego wykonano próbę uczulenia biernego metodą Prausnitz-Kuestnera, która dała wynik wybitnie dodatni.

6. Kol. Doliński *wygłasza referat p. t. „Sprawozdanie ze stanu sanitarnego miasta Lwowa za rok 1934/35"*.

Po krótkim ogólnym wstępie podał prelegent stan zaludnienia miasta, jego obszar, podał liczby urodzin i zgonów, przyrostu ludności i t. d., poddał te liczby analizie i porównał z danemi innych miast Polski. W dalszym ciągu zajął się statystyką przyczyn zgonów, organizacją administracji miasta z uwzględnieniem okręgów sanitarnych, wydatkami na cele zdrowotne w 1934/5 roku, personelem lekarskim i instytucjami zdrowotności publicznej na terenie miasta.

Dłuższy ustęp poświęcił prelegent walce z ostremi chorobami zakaźnemi i chorobami społecznemi, biorąc pod uwagę działalność Ubezp. Społ. i innych organizacyj, mających na celu akcje leczniczą i zapobiegawczą.

Dział zaopatrywania miasta w wodę, usuwania nieczystości, nadzoru nad żywnością i policji sanitarnej był skrócony z uwagi na ograniczony czas, przeznaczony na wygłoszenie referatu. Szerzej potraktowano dział higjeny szkolnej i opieki nad matką i dzieckiem. W wielu ustępach przemówienia podkreślał prelegent ogromny wysiłek Zarządu miasta, aby utrzymać stan posiadania w dziedzinie zdrowia publicznego, mimo ograniczenia dochodów miasta i zapewnić ludności dotychczasowe świadczenia, a nadto postarać się dla potrzebujących o dach nad głową jakoteż o minimum koniecznego pożywienia. Forsowne wykonywanie robót technicznych sanitarnych przez Zarząd miasta ma za zadanie podnieść higjenę miasta i złagodzić bezrobocie.

Efekt końcowy jest istotnie zadziwiająco pomyślny, śmiertelność we Lwowie jest nadal niska (około 11.3‰), zachorowalność na choroby zakaźne jedna z najniższych w wielkich miastach Polski; duru plamistego w 1935 r. nie było, a z duru brzusznego było w 1934 r. tylko 9 zgonów. Śmiertelność z płonicy jest bardzo niska, jak zresztą w całej zachodniej Europie; z błonicy stosunkowo wyższa, jednak w porównaniu z innemi pięcioma wielkiemi miastami Polski wyraźnie niższa. Stosunek procentowy wydatków miejskich na cele zdrowotne do ogólnego budżetu jest nadal 9.8%. Jedna tylko jest sprawa niekorzystna, a to stale zmniejszający się przyrost naturalny ludności, wyrażający się cyfrą 2.6‰ i coraz większa śmiertelność niemowląt w pierwszym roku życia. Nakłada to na miasto i społeczeństwo specjalne obowiązki.

Plan inwestycyj rządowych, miejskich i instytucyj społecznych jakoteż osób prywatnych wyraża się w globalnej sumie około 25 miljonów zł, niewątpliwie jednak w małym tylko procencie będzie on wykonany spowodu dalszych ograniczeń budżetowych. Referat, który był ilustrowany licznemi mapami i wykresami, ukaże się w całości w druku.

Po wykładzie rozwinęła się ożywiona dyskusja, w której wzięli udział: kol. Gąsiorowski, który podniósł rolę mleka w przenoszeniu chorób zakaźnych i konieczność poprawy stosunków w tym względzie.

Kol. Legeżyński zajął się kwestją zakażania się gruźlicą drogą mleka i organizacją profilaktyki w akcji przeciwgruźliczej.

Kol. Tomanek również poruszył wybitną rolę poradni przeciwgruźliczej w walce z gruźlicą.

Kol. Mierzecki mówił o konieczności walki z chorobami zawodowemi na podstawie swoich doświadczeń.

Kol. Stenzel poruszył sprawę cmentarzy i dodał szereg uwag z zakresu medycyny społecznej.

Kol. Węgrzynowski: Nie chciałbym najmniejszem słowem przyciemniać jasnych stron wykazanych przez prelegenta. W istocie zrobiono dużo, czyto w wyglądzie zewnętrznym miasta, czystości bruków, kanałów i t. d. Zrobiono rzeczy wprost imponujące, jak np. sprawa masowego dożywiania dzieci, ale są i czarne smugi w tym obrazie i o nich słów kilka.

Czarną taką plamą, to sprawa zmniejszania się przyrostu naturalnego. Jest gorzej jeszcze, niżby to się wydawało z cyfr, przytoczonych przez prelegenta. Niedawno udowadniał nam na posiedzeniu Sekcji Eugenicznej T-wa Higjenicznego i Koła nauk. badań nad gruźlicą K. Żurawski, iż we wsiach otaczających Lwów odbywa się znacznie szybszy przyrost dzieci niepolskich, tłumacząc to biedą i niezorganizowaniem dowozu, zwłaszcza mleka, do Lwowa. Rusini mają zbyt na miejscu w kooperatywach, a polskie wieśniaczki wędrują do miasta i zostawiają przez dnie całe niemowlęta bez opieki. Sprawa ta łączy się ściśle z zagadnieniem „mleka" we Lwowie, którą podniósł przed chwilą prof. Gąsiorowski. Do tego powołanym jest przedewszystkiem Miejski Zakład Aprowizacyjny, któryby zyskał większą zasługę społeczną, niż zajmując się, jak dziś węglem, mąką i kaszą. To potrafi bowiem każdy kupiec.

Ciemną plamą jest wogóle stosunek władz lekarskich miejskich do innych miejskich referatów.

Samo istnienie dwoistości władzy dla spraw zdrowia w Wydziale IV i VII (opieki społecznej) utrudnia jakiekolwiek kierownictwo. Dochodzi do tego, że np. umieszczenie chorego gruźliczego w barakach na Janowskiem jest sprawą zupełnie niezależną od władzy lekarskiej, gdyż decyduje komisarz. Również i w innych sprawach władza lekarska nie dochodzi do głosu, np. w sprawie kąpieliska na Zamarstynowie na tle i w bezpośredniej bliskości cmentarza oraz w sprawie prewentorjum w Brzuchowicach dla dzieci zagrożonych gruźlicą. Decyzją co do miejsca i budową — zostaliśmy, my fachowcy, zaskoczeni.

Wedle planu, zresztą ministra Chodźki, przez nas dziś przyjętego, należy wszystkie urządzenia przeciwgruźlicze w mieście umieszczać w jednem centrum, pod jednem kierownictwem, a takiem centrum dla Lwowa jest Hołosko. We Lwowie zaś dziś już są trzy ogniska walki z gruźlicą niecelowo rozmieszczone: Hołosko, barak na Janowskiem, a obecnie Brzuchowice.

Jeszcze jest jedna sprawa, którą podnieść muszę: wedle cyfry podanej przez prelegenta 29.000 dzieci w szkołach miejskich opiekuje się 5 lekarzy szkolnych. To wygląda przecież na... kpiny.

Wkońcu ostatnia sprawa — to sprawa budżetu. Wiemy, iż miasto walczy z trudnościami finansowemi, ale nie wolno dowolnie, specjalnie obcinać pozycyj, przeznaczonych na zdrowie. Nastawienie to jest błędnem, gdyż np. Warszawa i Łódź wydawały 1 zł na głowę dla zwalczania gruźlicy a Lwów w tym samym czasie wydawał mniejwięcej 10 gr.

Mam to przekonanie, że władze sanitarne miejskie dążyć będą wszystkiemi siłami do poprawy tych stosunków.

Po szczegółowej odpowiedzi prelegenta zabiera głos Kol. Prezes, który zauważa, iż byłoby bardzo wskazanem, aby Sekcja Medycyny Społecznej w Tow. Lekarskiem, której przewodniczącym jest Kol. Doliński, częściej odbywała posiedzenia i przeprowadzała dyskusje, gdyż te tematy wywołują żywe zainteresowanie, a wspólne roztrząsanie ich może pomóc władzom sanitarnym miejskim w rozwiązywaniu trudnych problemów i wpłynąć na podniesienie poziomu sanitarnego miasta, na czem nam wszystkim bardzo zależy.

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Protokół XXXI posiedzenia naukowego odbytego dnia 20 grudnia 1935 roku.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Prezes porusza sprawę nieścisłego i niezgodnego z prawdą sprawozdania ostatniego posiedzenia, umieszczonego w jednym z lwowskich dzienników codziennych.

„Sprawozdanie z odczytu Kol. Dolińskiego znalazło się w jednym z dzienników codziennych! Organem Towarzystwa naszego jest *„Polska Gazeta Lekarska"!* Stało się to bez naszej winy, bo sprawozdawca danej gazety, bez wiedzy Zarządu Tow. wszedł do sali. Konstatując ten fakt zaznaczam, że Wydział T-wa będzie czuwał, by na posiedzeniach naukowych Towarzystwa nie bywały osoby spoza sfer członków Towarzystwa. Także i członkowie Towarzystwa nie mogą bez wiedzy Zarządu umieszczać sprawozdań z posiedzeń naukowych w prasie codziennej.

Wobec członka Towarzystwa, któryby zapomniał o tej zasadzie, musiałby Zarząd wysnuć konsekwencje daleko idące!

Jeśli uwzględnimy kwestję, czy sprawozdawca oddał wiernie treść odczytu i dyskusji, musimy powiedzieć: nie! Treści dyskusji, która była rzeczową i toczyła się na wysokim poziomie, nie oddał wiernie, przejaskrawiając krytykę pewnych faktów i dodając wyrażenia, które wogóle wśród dyskusji nie padły, jak np. słowa „skandaliczne", „makabryczne". Kwestję higjeny mleka związał z błonicą (!). Ujemnej krytyce poddał umieszczenie „prewentorjum" gruźliczego dla dzieci w Brzuchowicach, gdy tymczasem faktem jest, że „prewentorjum" bez otwartej gruźlicy otoczeniu szkodzić nie może!"

W dyskusji w powyższej sprawie biorą udział Koledzy: Rothfeld, Doliński i Pisek.

2. Następnie przedstawiono sprawę *wyboru Komisji Matki*, którą Zarząd proponuje w następującym składzie: Czernecki, Damański, Dobrzański, Falkiewicz A., Grabowski, Sosin, Mączewski, Nowicki, Pohorecki, Pisek, Reucki, Ruff, Skrowaczewski, Wolf Józef, Węgrzynowski i Ziembicki.

W dyskusji: Kol. Węgrzynowski proponuje jeszcze Kol. Frankego, a Kol. Pisek Kol. Czeżowską. Głosowanie: wszyscy „tak" (przy jednym głosie wstrzymującym się Kol. Frankego co do swojej osoby).

3. Kol. Grzędzielski jun. *omawia sekcyjny przypadek okresowego porażenia nerwu okoruchowego.* (Pol. Gaz. Lek. Nr. 16, 1936).

4. Kol. Chwalibogowski *wygłasza wykład: Zagadnienie minimum tłuszczów i węglowodanów w pożywieniu niemowlęcia.* Badanie powyższego zagadnienia przeprowadza prelegent od kilku miesięcy. Dwojgu niemowlętom od dnia urodzenia podaje pożywienie, pozbawione tłuszczów (mleko odwirowane o zawartości tłuszczów 0,01—0,03%) przy równoczesnej zamianie ich na izodynamiczną ilość węglowodanów. Przez pierwsze trzy miesiące niemowlęta dostawały mieszankę, złożoną ze 100 g powyższego mleka, z 5 g cukru trzcinowego, 4 g nutromaltu oraz 9 g ryżu w 50 g wody. Od 4 miesiąca otrzymują one ponadto papkę grysikową, gotowaną na powyższem mleku oraz surowe soki owocowe, od 6 zaś jarzynę, przyrządzaną również na mleku odwirowanem z dodatkiem cukru i soli.

Niemowlęta rozwijają się zupełnie dobrze. Przyrost wagi ciała oraz wzrost na długość odpowiadają przeciętnym normom. Tkanka tłuszczowa, mięśnie i kościec rozwijają się normalnie. Poziom fosforu we krwi (3.8—4.7 mg%), odpowiednie uwapnienie kości, prawidłowe pojawianie się jąder kostnienia oraz dane kliniczne wykluczają krzywicę. Rozwój funkcyj statycznych postępuje prawidłowo. Obraz morfologiczny krwi, ilość płytek, czas krwawienia i krzepnienia, poziom cholesteryny, cukru oraz indeks refraktometryczny są prawidłowe. Stan ogólny, samopoczucie, ruchliwość, usposobienie i sen przedstawiają się zupełnie normalnie. W ciągu 10-miesięcznej obserwacji nie stwierdza się również żadnych objawów, świadczących o braku lub niedostatku witamin. Odporność wobec zakażeń przedstawia się korzystnie.

Jeszcze bardziej interesujące spostrzeżenia poczynił prelegent w następnem doświadczeniu, które przeprowadza na trzeciem niemowlęciu od 3 tygodnia życia. Doświadczenie to polega na podawaniu diety, która w przeciwieństwie do omówionej diety beztłuszczowej składa się ze śmietanki, odznacza się zatem bardzo znacznem ograniczeniem węglowodanów. Szczegółowy skład tej diety przedstawia się następująco: 25 g śmietanki, 75 g wody i 3,3 g larosanu. Od 4 miesiąca życia dziecko to dostaje ponadto surowy sok owocowy bez cukru, a od końca 6 miesiąca jarzynę, przyrządzaną wyłącznie na maśle.

Także i to niemowlę (liczy obecnie 8 miesięcy) rozwija się pod każdym względem zupełnie normalnie. Przyrost wagi ciała oraz wzrost na długość przedstawiają się prawidłowo. Obraz morfologiczny krwi, zawartość fosforu, cholesteryny i białka są również normalne. Jedynie poziom cukru we krwi zarówno naczczo, jak też w wahaniach uzależnionych od przyjmowania posiłków, jest nieco niski (62—88 mg%). Badanie moczu nie wykazało jednak nigdy ani śladu ciał ketonowych.

Z doświadczeń powyższych wynika: 1) że minimum tłuszczów w pożywieniu niemowlęcia jest praktycznie równe zeru, 2) że należy oddzielić nieodzowne działanie witamin, które w przyrodzie towarzyszą tłuszczom, od działania tłuszczów w gospodarce ustroju i 3) że podobnie jak możliwą jest izodynamiczna zamiana tłuszczów na węglowodany, możliwem jest również odżywianie niemowlęcia pożywieniem, praktycznie pozbawionem zupełnie węglowodanów, przy izodynamicznej zamianie tychże na tłuszcze.

Dalsze badania są w toku i ostateczne wnioski, uzupełnione przez analogiczne badania na zwierzętach, zostaną ogłoszone wraz z dotyczącem piśmiennictwem po wystarczająco długiej obserwacji.

W dyskusji przemawiają Koledzy: Franke i Moraczewski. *Odpowiada* Kol. Chwalibogowski.

5. Kol. Chwalibogowski *wygłasza wykład: Dalsze doświadczenia lecznicze w cukrzycy dziecięcej.*

Opierając się na 46 przypadkach, obserwowanych w ciągu 10 lat na Oddziele Cukrzycowym Lwowskiej Kliniki Pediatrycznej oraz w praktyce prywatnej, prelegent omawia patogenezę, etjologię, klinikę oraz leczenie cukrzycy dziecięcej.

Cukrzyca dziecięca jest klasyczną postacią prawdziwej cukrzycy pochodzenia trzustkowego. Usposobienie do tej choroby jest przeważnie dziedziczne. Cukrzyca dziecięca przenosi się jako cecha ustępująca według praw Mendla. Dane statystyczne prelegenta wykazują — na ogólną liczbę 46 przypadków — obarczenie dziedziczne u 12 dzieci, wystąpienie choroby u dwojga rodzeństwa w 2 wypadkach, u trojga rodzeństwa w 1 wypadku. O skłonności rasy semickiej świadczy 18 dzieci żydowskich, w tem 2 z małżeństw, zawartych między krewnymi.

Choroby zakaźne sprowadza prelegent do roli czynnika wyzwalającego. Mogą one jedynie przyśpieszyć ujawnienie się choroby, istotnym zaś czynnikiem etjologicznym jest wrodzona mniejsza wartościowość aparatu wysepkowego trzustki.

Przynależność stanowa oraz różnice w sposobie życia i odżywiania się nie mają w etjologii cukrzycy dziecięcej żadnego znaczenia. W liczbie 46 dzieci własnej obserwacji znajduje się 10 dzieci włościan, 29 należy do stanu średniego, a tylko 7 pochodzi ze sfer zamożnych.

W obrazie klinicznym podnosi prelegent objawy ze strony narządu krążenia oraz nerek, spotykane w śpiączce kwasicowej. Przyczyną ich jest zagęszczenie krwi i odwodnienie ustroju. W postaci ciężkiej, zagrażającej życiu, występują one zazwyczaj dopiero w 2 lub 3 dzień nieleczonej śpiączki.

Cukrzyca dziecięca jest chorobą nieuleczalną i postępującą. Zaburzenie w przemianie materji, uzależnione od stopnia mniejszej wartościowości aparatu wysepkowego trzustki i szybkości jego wyczerpywania się pod wpływem czynników zewnętrznych, przedewszystkiem chorób zakaźnych, nasila się z biegiem czasu i każdy przypadek cukrzycy dziecięcej dochodzi ostatecznie do takiego stanu, w którym produkcja insuliny własnej ustaje zupełnie. Ilość insuliny egzogenicznej, potrzebnej do wyrównania choroby wzrasta równolegle z wyczerpywaniem się aparatu wysepkowego, a ostatecznie każde dziecko chore na cukrzycę zostaje zdane wyłącznie na insulinę egzogeniczną.

Leczenie polega przedewszystkiem na substytucji. Pozatem musimy posługiwać się także dietą. Dieta, ograniczona zarówno pod względem ogólnej ilości kaloryj, jak też procentowego udziału poszczególnych składników, ma na celu z jednej strony oszczędzać w miarę możności czynne jeszcze resztki układu wysepkowego, z drugiej zapobiegać zaburzeniom, które przy obecnym sposobie podawania insuliny (w zastrzykach) musiałyby zachodzić, gdyby dziecko, chore na cukrzycę, odżywiało się według własnych upodobań. Zalecenie przez niektórych autorów (Stolte) odżywiania dzieci cukrzycowych zwykłem pożywieniem dziecka zdrowego *(„freie Diät")*, obciąża mimo stosowania insuliny aparat wysepkowy w tak znacznym stopniu, że wszystkie przypadki przechodzą w krótkim czasie w cukrzycę zupełną. W tym stanie wysokie dawki insuliny, potrzebne do wyrównania cukromoczu, wystawiają dziecko przy nieustalonej diecie na nieustanne niebezpieczeństwo hipoglikemji, wysoka zaś wartość kaloryczna pożywienia i znaczna ilość węglowodanów zagrażają w każdej chwili kwasicą. Swobodne odżywianie dowolną dietą jest zatem w początkach choroby niewskazane, w dalszym zaś przebiegu niebezpieczne.

Leczenie przeprowadza się ambulatoryjnie. Do kliniki — poza śpiączką i powikłaniami innemi chorobami — przyjmuje się każde dziecko raz w roku celem dokładnego zorjentowania się w stanie choroby, poprawienia niedoborów wagi i ustalenia optymalnej diety stałej oraz odpowiednich dawek insuliny. Za *optimum* kaloryczne uważamy dietę wyższą o 66 do 100% ponad przemianę spoczynkową. Białko podajemy w ilości 10—15% ogólnej ilości kaloryj, węglowodany dawkujemy w granicach 60 do 150 g (20 do 30% kaloryj) w takiej ilości, która nie dopuszcza do powstawania ciał ketonowych. Resztę diety (50 do 65% kaloryj) pokrywamy tłuszczami — 50 do 150 g. Dieta ta jest mniejsza od przeciętnej diety dziecka zdrowego o 15 do 25% kaloryj. Wartością energetyczną i ilością białka zapewnia ona prawidłowy wzrost i rozwój dziecka, przez ograniczenie kaloryj i węglowodanów czyni zadość zasadzie oszczędzania trzustki, ustosunkowaniem zaś tłuszczów i węglowodanów zapobiega powstawaniu ciał ketonowych.

Rokowanie zależy wyłącznie od pozycji społecznej i sytuacji materjalnej chorego lub jego rodziców. W związku z tem wyniki leczenia są różne w poszczególnych krajach. W Ameryce, Austrji i Niemczech, gdzie dzieci chore na cukrzycę korzystają ze zorganizowanej opieki społecznej, śmiertelność nie przekracza 5%. Natomiast u nas, gdzie opieka taka nie istnieje, dochodzi ona do 50%. Na 46 dzieci własnej obserwacji prelegenta zmarło 21. W liczbie tej znajduje się zaledwie jedno dziecko zamożnych rodziców (odoskrzelowe zapalenie płuc), pozostałe (20) uległy cukrzycy spowodu braku środków na insulinę.

W świetle powyższych danych los dziecka chorego na cukrzycę, związany nierozdzielnie z flaszeczką insuliny, staje się poważnem zagadnieniem społecznem. Najlepszą formą opieki społecznej są poradnie, istniejące zagranicą już od szeregu lat. Kierownictwo ich powinno spoczywać w rękach lekarza specjalisty. Poradnie powinny być wyposażone w środki na zakupno insuliny.

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 8 października 1935 r.

1. Odczytany protokół z posiedzenia naukowego z dnia 2 lipca 1935 r. przyjęto.

2. Kol. Mikułowski Wł., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t. *„Medycyna u Szekspira"* (streszczenie własne).

Nauka lekarska oparta jest na obserwacji i na interpretacji. Zdolność obserwacyjna jest formą sztuki, wspólną także poezji. Szekspir posiadał sztukę obserwacyjną i przez to był także doskonałym lekarzem. Wyjątki przytoczone z jego dzieł wykazują, że Szekspir wypowiadał bardzo trafne spostrzeżenia z dziedziny fizjologji (trawienia, snu, ciąży), konstytucji, patologji, ginekologji, psychjatrji i medycyny sądowej. Lektura Szekspira jest dla kształcenia myślenia lekarskiego bardzo pożyteczną szkołą.

Szekspir, choć sam poeta, zachowywał dużo surowego krytycyzmu dla wszelkiej poezji frazesów (Juljusz Cezar — Cynna), zdążając przedewszystkiem do zdobycia filozofji czynu i życia w myśl twardej zasady: walczyć, szukać, nie znaleźć, nie poddawać się. Lektura Szekspira uczy lekarza zamiłowania, prawdy i wiary w skuteczność obserwacji, w potrzeb- czynu i polemiki naukowej, przyzwyczaja do rozwiązywania problemów na drodze logicznego rozumowania, a nie na drodze rejestrowania i t. p. metod przyjętych powszechnie w medycynie ze szkodą dla nauki. Szekspir uczy szukać bohatera, t. j. kształci lekarza w odróżnianiu objawów chorobowych ważnych od nieważnych.

Szekspir oparł swoją klinikę namiętności ludzkich na kazuistyce; uczy przez to lekarza szanować wartość kazuistyki dla nauki. Lektura Szekspira chroni lekarza przed niebezpieczeństwem symplistycznego tłumaczenia zjawisk, uczy ścisłego i krótkiego sposobu wyrażania myśli. Czytanie Szekspira kształci wolę do pracy, wyrabia dobry smak dla wyboru książek i przez to chroni lekarza przed nieproduktywną lekturą prac lekarskich banalnych, przesiąkniętych pseudo-naukową frazeologją.

W dyskusji: Kol. Sobieszczański L., członek T-wa, (streszczenie własne).

Piękny odczyt kol. Mikułowskiego o wielkim Szekspirze i jego medycynie, który wysłuchaliśmy w streszczeniu, nasuwa mi pewne refleksje: Przedewszystkiem struktura odżywiania w Anglji w II połowie XVI stulecia, jak mnie pouczyły specjalne studja, była nieco inna, niż w czasach obecnych; odżywiano się głównie mięsem, szczególnie dziczyzną, kaszą żytnią, półjęczmienną, chleba jadano mało; jeżeli zaś Szekspir opisuje inaczej, to dla podniesienia swych bohaterów na wyższy poziom kultury. *Pro domo nostra* zacytuję Reja: „A niechaj narodowie wżdy postronne znają, iż Polacy nie gęsi, iż swój język mają", więc też warto — czego Anglicy nie zrobią — porównać zapatrywania medyczne Szekspira z myślami naszych pisarzy, Rejem, Kochanowskim, Wacławem Potockim, Wespazjanem Kochowskim i i., a to tem bardziej, iż Anglja wskutek wojen wewnętrznych była wtedy w porównaniu z nami partykularzem: gdy Londyn liczył 40.000 mieszkańców w końcu XV wieku, tyleż miał Lublin, Kraków zaś 80.000.

Wielkie znaczenie przypisywane żołądkowi u Szekspira, jak to słusznie podkreślił kol. Mikułowski, opiera się, zdaje się, na medycynie salernitańskiej, co jeszcze znajdujemy u Mickiewicza w dwuwierszu:

„Nauka jest lekarstwem, chlebem słowo Boże,
Kto ma zdrowy żołądek bez lekarstw żyć może".

3. Kol. Sekretarz Stały *odczytał wspomnienie pośmiertne po ś. p. Dr. Zygmuncie Zakrzewskim* (streszczenie własne).

Urodził się we wsi Słaboszów ziemi kieleckiej 27 kwietnia 1881 roku. Nauki początkowe pobierał w gimnazjum filologicznem w Warszawie, które ukończył w roku 1899, na Wydział Lekarski uczęszczał w Uniwersytecie Warszawskim, ukończył go w roku 1904 *cum eximia laude*. W ciągu ostatnich trzech lat w Uniwersytecie pracował w oddziale szpitalnym Szpitala Przemienienia Pańskiego oraz w laboratorjum oddziału.

Od maja roku 1904 do sierpnia 1916 spędził w oddziale chirurgicznym Dr. Rauma jako asystent oddziału, poczem do sierpnia roku 1924 w oddziele chirurgicznym Dr. Zawadzkiego z $2^1/_2$-roczną przerwą, gdyż w kwietniu 1919 wstąpił jako ochotnik do wojska polskiego, gdzie zajmował stanowisko ordynatora oddziału chirurgicznego w wojskowym szpitalu mokotowskim, pozatem przebył trzy miesiące na froncie w armji generała Rydza-Śmigłego.

Pracując w oddziale chirurgicznym jednocześnie pracował w Miejskim Zakładzie Położniczym na Pradze. 1 stycznia 1914 roku został mianowany ordynatorem tegoż Zakładu, obok tego był nauczycielem w Miejskiej Szkole Położnych i prowadził jej oddział praski. Od roku 1904 do 1907 pracował popołudniu w Szpitalu im. Szlenkierów w przychodni pod kierunkiem Dr. Bączkiewicza. 5 lipca 1922 r. otrzymał tytuł doktora medycyny w Uniwersytecie Poznańskim.

W roku 1924 na drodze konkursu został mianowany ordynatorem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Szpitalu św. Łazarza. W roku 1933 został mianowany ordynatorem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Szpitalu Dz. Jezus, na którem to stanowisku pozostał do końca życia. Obok tej pracy zawodowej brał czynny udział w życiu społeczeństwa lekarskiego: był członkiem założycielem Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego, członkiem Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego, Międzynarodowego Związku Chirurgów. 5 lat był sekretarzem sekcji ginekologicznej Tow. Lek. Warsz.

Brał bardzo czynny udział w pracy społecznej, którą rozpoczął jeszcze na ławie szkolnej. W latach 1915/16 był członkiem prezydjum praskiego komitetu obywatelskiego. Z jego inicjatywy powstało o celach społecznych „Koło Prażan", którego przewodniczącym był do końca życia. Z jego inicjatywy powstała sekcja społeczna przy warszawskiem Towarzystwie Ginekologicznem, której przewodniczącym był do śmierci. W kwietniu 1924 objął w Departamencie Opieki Społecznej Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej kierownictwo referatu opieki nad macierzyństwem i niemowlętami i piastował ten urząd do śmierci.

Jako członek T-wa opieki nad dzieckiem założył dwie ochronki. Jako członek prezydjum praskiego komitetu obywatelskiego założył zakład wychowawczy dla sierot p. n. Sierocin oraz bursę dla sierot i chłopców opuszczonych. W roku 1916 założył i prowadził jako główny redaktor i wydawca tygodniowe „Echo Pragi". Z własnej inicjatywy opracował program, zorganizował i prowadził trzykrotnie dwumiesięczne „kursy przeszkolenia położnych". Zainicjował utworzenie nieznanego w Polsce typu pielęgniarki społecznej, mianowicie opracował program, zorganizował i przeprowadził trzykrotnie kursy pielęgniarek społecznych. Trzykrotnie wykładał w Państwowej Szkole Higjeny na kursach dla lekarzy powiatowych i administracyjnych higjenę macierzyństwa i opieki społecznej. W roku 1927 wykładał na kursach dokształcających dla lekarzy zorganizowanych przez Warszawskie Towarzystwo Eugeniczne. Zainicjował utworzenie w Polsce zakładów „Dom matki i dzieci".

Obok tak rozległej i wszechstronnej pracy zawodowej i społecznej znalazł Zakrzewski czas na opracowanie i ogłoszenie drukiem długiego szeregu prac z dziedziny, która Go specjalnie interesowała, wygłosił liczne wykłady w rozmaitych towarzystwach i na zjazdach.

W celu uzupełnienia swego wykształcenia zawodowego i społecznego odbył wycieczki zagranicę do Londynu, Wiednia, Pragi Czeskiej, Berlina, Paryża, Drezna i Brukseli.

Członkiem naszego Towarzystwa był od roku 1911.

Zmarł 9 września 1935 roku, żywota swego nie zmarnował, zmarł w kwiecie sił. Cześć Jego pamięci!

Obecni uczcili przez powstanie pamięć zmarłego.

4. Kol. Apfelbaum E. omówił: *„Badania kliniczne stężenia i pojemności tlenowej hemoglobiny w niedokrwistości różnych typów"* (streszczenie własne).

W pierwszej serji autor przeprowadził badania stężenia hemoglobiny we krwi na jednostkę objętości. W tym celu oznaczał ilość hemoglobiny metodą pojemności tlenowej oraz procentową objętość krwinek. Z badań tych wynika, że w niedokrwistości Addisona-Biermera wskaźnik stężenia Hb leży przeważnie poniżej stanu prawidłowego albo jest do niego zbliżony, podczas gdy w niedokrwistości zwykłej w miarę poprawy stężenie Hb wzrasta, w niedokrwistości złośliwej mało zmienia się zarówno w okresie nawrotów, jak i zwolnienia. Z badań tych wynika, że w każdej niedokrwistości istnieje bezwzględna niedobarwność lub *orthochromatosis*, nigdy zaś nadbarwność.

Badania te nasunęły wątpliwość, czy pojemność Hb dla tlenu, uważana dotychczas w myśl wzoru Hüfnera za wielkość stałą, nie zmienia się w stanach niedokrwistości.

W tym celu autor wykonał 2 serje badań, z których wynika, że we wszystkich postaciach niedokrwistości ilość hemoglobiny, obliczonej metodą barwną (własną metodą fotoelektrometryczną), przewyższa ilość Hb, odpowiadającej jej pojemności tlenowej (metoda gazowa). Stąd autor wnioskuje, że albo część Hb jest nieczynna pod względem wiązania tlenu, albo hemoglobina ma wogóle mniejszą chłonność, przyczem w niedokrwistości złośliwej niedobór pojemności tlenowej jest większy, niż w zwykłej.

Duża rozpiętość liczb pomiędzy zwykłym wskaźnikiem barwnym, a rzeczywistem stężeniem hemoglobiny w niedokrwistości różnych typów ma swe źródła w wielkości krwinek oraz w gorszem powinowactwie hemoglobiny do tlenu.

W dyskusji: Kol. Szreder Wł., członek T-wa (streszczenie własne) zaznacza, że w badaniach swoich nad krwią tętniczą u chorych sercowych w szeregu przypadków zauważył, że pojemność ogólna dla tlenu nie przebiega równolegle do ilości krwinek i Hb, obliczanych metodami zwykłemi, co zresztą stwierdzili już i inni.

Dopiero praca Dr. Apfelbauma pozwala na tłumaczenie tego zjawiska, podobnie jak w niedokrwistościach, może to zależeć albo od różnej wielkości krwinek, albo od różnej pojemności Hb dla tlenu, albo od nieczynności części Hb pod względem wiązania tlenu. A zatem również spostrzeżenia nad chorymi sercowymi wskazują na potrzebę innego niż dotychczas ujmowania tego zagadnienia i potwierdzają poniekąd przypuszczenia Dr. Apfelbauma.

Kol. Melanowski W., członek T-wa, nie wchodzi w szczegóły tematu, lecz interesuje się głównie metodyką. Obecnie coraz większe prawo bytu zaczyna uzyskiwać oko fotoelektryczne. Mówca zapytuje więc, czy można porównać obie te metody i czy czułość jest dostatecznie jednakowa, aby można wyciągnąć jakieś wnioski. Własne badania mówcy nad wrażliwością oka fotoelektrycznego doprowadziły do wniosku, że zgadza się ona z wrażliwością oka normalnego. Czy obie przedstawione metody nie doprowadziły kol. prelegenta do tych samych wniosków?

Kol. Cieszyński F., członek T-wa, powiada, że jeśli chodzi o chłonienie tlenu, to trzeba zwrócić uwagę na ciśnienie powietrza. Metody prelegenta nie można brać jednakowo pod uwagę na wszystkich wysokościach ziemi np. w badaniach u lotników. Drugi zarzut natury ekonomicznej: metodyka jest złożona i droga, a jak powiedział kol. Melanowski metodą kolorymetryczną dochodzimy do tych samych wyników.

Kol. Apfelbaum E.: Metodyka oka fotoelektrycznego pozwala na każdorazowe określenie czułości, z jaką pracujemy. Jest ona niewspółmierna do naszego oka. Sam Sahli podaje granicę błędu metody kolorymetrycznej na 10—15%. Jeśli chodzi o porównanie tych dwóch metod to, zestawiając ze sobą w wykresach prostokąty fizjologiczne z patologicznemi, zauważymy większe wahania w patologicznych.

Aparat, którym posługiwał się mówca, działa z manometrem zamkniętym, zatem nie odgrywa tu roli ciśnienie atmosferyczne. Mówca nie twierdzi, aby powyższa metodyka miała zastosowanie praktyczne, ale do jego badań była użyta celowo.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*
Sekretarz Doroczny: *A. Pruszczyński.*

Protokół posiedzenia lekarzy szkół warszawskich w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 16 stycznia 1936 roku.

Przewodniczący Dr. K. Mitkiewicz zawiadamia obecnych o tem, że od dnia 15. I. 1936 r. czynna jest Poradnia Wychowania Fizycznego przy II Klin. Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego. W związku z tem Dr. Wyrzykowski prosi o rozesłanie do szkół adresów wszelkich poradni, do których skierowywać można młodzież szkolną.

Następnie Doc. Dr. E. Reicher wygłasza referat p. t.: *„Zmiany wegetatywno-dokrewne w okresie dojrzewania"*.

Prelegentka omawia wpływ poszczególnych gruczołów dokrewnych na ustrój. Na pierwszem miejscu stawia przysadkę mózgową, jako gruczoł, wydzielający około 20 hormonów; z tych płat tylny wydziela: wazopresynę, podwyższającą ciśnienie, hormony działające na mięśnie gładkie macicy i pęcherza, hormon regulujący przemianę węglowodanów, płat przedni zaś: hormon wzrostu, wytwarzany przez komórki kwasochłonne, hormon pobudzający czynność tarczycy, hormony regulujące czynności gruczołów płciowych (prolany: A i B), hormony, wpływające na przemianę materji, zwłaszcza ciał białkowych i tłuszczowych oraz soli bromu. Tarczyca wydziela tyroksynę o dużej zawartości jodu. W okresie dojrzewania tarczyca często się powiększa zależnie od zapotrzebowania przez ustrój większych ilości tyroksyny.

Nadnercza, prócz adrenaliny, produkują hormony: 1) mające wpływ na regulację ciepła, 2) regulujące podstawową przemianę materji, 3) zmniejszające zasób zasad ustroju.

Z hormonów, wydzielanych przez gruczoły płciowe prelegentka omawia folikulinę wydzielaną przez pęcherzyki Graafa oraz luteinę — przez ciałko żółte. Wydzielanie folikuliny odbywa się pod wpływem prolanu A, zaś luteiny pod wpływem prolanu B. Folikulina i luteina skolei wpływają hamująco na wydzielanie prolanów. Cykl miesiączkowy znajduje się pod wpływem tych czterech hormonów.

W okresie dojrzewania obserwujemy chwiejność w działaniu gruczołów dokrewnych, powodującą często zaburzenia, częstsze u dziewcząt, niż u chłopców. Pojawiają się więc: objawy akromegaliczne, nadmierna wybujałość wzrostu, otyłość, przy której rentgenologicznie nie znajdujemy zmian w przysadce mózgowej, powiększenie tarczycy z objawami nadmiernego wydzielania hormonu tyreotropowego, podciśnienie lub nadciśnienie krwi z objawami szybkiego męczenia się.

Prelegentka wspomina o własnych badaniach cukru we krwi w zależności od okresu miesiączkowania; stwierdziła, że ani miesiączka ani okres przedmiesiączkowy nie wpływają na poziom cukru, o ile badany ustrój jest w spokoju. Po wysiłku natomiast w okresie międzymiesiączkowym krzywa poziomu cukru podnosi się (tak zresztą, jak i u mężczyzny), w okresie miesiączkowym nie podnosi się, a nawet spada. Ponieważ w ciągu dnia wykonywa się wiele drobnych wysiłków, pojawia się niedocukrzenie krwi, które zwalczać trzeba doprowadzeniem wiekszej ilości węglowodanów.

W dyskusji zabiera głos Dr. Leśkiewiczowa, pytając, jak się ma ustosunkować lekarz szkolny do zwolnień z gimnastyki przez lekarzy prywatnych, zaleconych spowodu powiększenia tarczycy w okresie dojrzewania; podnosi ponadto sprawę przeciążenia pracą szkolną w okresie dojrzewania.

Dr. Bogdanowicz sądzi, że przejściowy zespół akromegaliczny należy uważać za pewien proces patologiczny, za okres załamania równowagi. Te dzieci, według niego, należałoby może traktować odrębnie. Zaobserwował, że u dziewcząt okres otyłości poprzedza objawy dojrzewania. Przytacza przypadek z własnej praktyki, dotyczący znacznego wzrastania w okresie dojrzewania przy ubytku wagi. Przypadek ten skończył się źle.

Dr. Rosenblumówna pyta, czy nie zauważono przejściowej niedomogi tarczycy w okresie dojrzewania. Miała trzy takie przypadki, gdzie leczenie bardzo małemi dawkami tyreoidyny dało doskonałe wyniki .

W odpowiedzi Doc. Dr. Reicher mówi o swoich badaniach, w których stwierdziła, że znaczna większość dziewczynek z powiększoną tarczycą miała prawidłową podstawową przemianę materji. W stanach sympatykotonicznych należy tylko zwrócić uwagę na ustalenie prawidłowego trybu życia, podając jednocześnie środki uspokajające. Dzieci z przejściowym okresem akromegalicznym nie należy uważać za chore, ale trzeba z niemi postępować ostrożnie.

Na zakończenie prelegentka prosi o przysyłanie młodzieży z zaburzeniami wegetatywno-dokrewnemi do Poradni Wydziału Fiz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XVII posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 29 maja 1936 r. Porządek dzienny: 1) Kol. Kowalski: a) dwa przypadki *spondylitis typhosa,* b) dwa przypadki stopy końsko-szpotawej; 2) Kol. Ambroz: a) przypadki nowotworów szyi, b) przypadki z zakresu chirurgji podudzia, c) przypadki guzów torebek ścięgnistych; 3) Kol. Gruca: Pokazy z zakresu chirurgji: a) stawu biodrowego, b) stawu kolanowego, c) nowy model stołu operacyjnego.

Posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się dnia 28 maja 1936 r. Porządek dzienny: 1) Demonstracje chorych: a) dr. Karbowski i dr. Flaumenbaum: Przypadek raka etmoido-maksylarnego, b) dr. Karbowski: Krwotok z nosa opanowany przez podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej, c) dr. Tenzer: Przypadek zapalenia opon mózgowych o nietypowym przebiegu klinicznym, d) dr. Flaumenbaum: Przypadek owrzodzeń migdałka nieustalonego pochodzenia, e) dr. Jabłoński: Przypadek zmian w jamie ustnej nieustalonego pochodzenia; 2) Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia; 3) Wolne wnioski.

92 posiedzenie naukowe Warszawskiego Koła Radjologów odbyło się dnia 22 maja b. r. Porządek dzienny: 1) J. Lorenc: Nowy sposób (własny) badania kimograficznego serca. (Iwonicz, z praktyki prywatnej); 2) I. Kukliński: Przypadek przeważnie jednostronnych narośli kostnych (postać przejściowa choroby Olliera); 3) H. Datyner i W. Zawadowski: Przypadek gruźlicy i wady rozwojowej nerki; 4) N. Mesz: Połączenie dwunastniczo-pęcherzykowe niewyjaśnionego pochodzenia (pokaz rentgenogramów); 5) J. Kochanowski: *Dextrocardia* (I Inst. Radjol.); 6) M. Rogalski: Trzy przypadki pooperacyjnej niedodmy płuc (prac. radjol. Szpitala Dz. Jezus).

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, Polskie T-wo Pedjatryczne — Oddział Wileński i Klinika Chorób Dziecięcych U. S. B. w Wilnie odbyły dnia 25 maja b. r. uroczyste posiedzenie poświęcone pamięci Profesora D-ra med. Wacława Jasińskiego.

Różne.

Z kraju.

Dnia 17 maja odbyło się w Warszawie XVII Doroczne Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Uchwalono między innemi wniosek o wznowieniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego i zwołaniu w Warszawie zjazdu lekarzy w celu omówienia pewnych spraw zawodowych i związanych z medycyną społeczną. Poruszono nadto sprawe pomocy lekarskiej i stosunków sanitarnych na wsi, a w związku z tem stworzenie placówek lekarskich w gminach zbiorowych, celem zajęcia młodych lekarzy.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 15 marca do 18 kwietnia 1936.

Choroby	Tydzień 12 15–21/III	Tydz. 13 22-28/III	Tydz. 14 29 III-4 IV	Tydz. 15 5–11/IV	Tydz. 16 12–18 IV
Dur brzuszny	191 *12*	158 *12*	116 *9*	130 *8*	109 *15*
Ospa	—	—	—	—	—
Dury rzekome	—	—	—	1	—
Dur plamisty	144 *16*	196 *11*	134 *2*	129 *11*	113 *9*
Dur powrotny	—	—	—	—	—
Czerwonka	2	3	11 *1*	7 *1*	3 *1*
Płonica	327 *12*	322 *6*	264 *7*	238 *8*	254 *5*
Błonica	407 *22*	349 *21*	380 *20*	334 *15*	272 *20*
Nagm. zap. opon m.-rdz.	60 *7*	60 *13*	48 *11*	45 *8*	44 *9*
Odra	854 *6*	1154 *6*	963 *7*	567 *2*	694 *5*
Krztusiec	167 *5*	147 *9*	121 *11*	192 *13*	133 *7*
Zimnica	2	3	2	2	4
Zakażenie połogowe	34 *5*	28 *8*	35 *9*	25 *3*	23 *3*
Choroba Heine-Medina	2	2	1	3	1
Nagm. zap. mózgu	1 *1*	—	—	1	1
Choroba Banga	—	—	—	1 *1*	—
Trąd	—	—	—	—	—
Gruźlica	436 *207*	467 *210*	543 *252*	395 *184*	401 *181*
Róża	90 *2*	106 *6*	83 *10*	77 *2*	73 *5*
Jaglica	478	499	544	453	303
Twardziel	1	4	—	1	2
Wąglik	—	—	—	1	1
Nosacizna	—	—	—	—	—
Włośnica	33	9	7 *1*	2	1 2
Wścieklizna	—	*1*	*1*	*1*	—

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Ze świata.

Wahania w nasileniu płonicy w niektórych państwach Europy:

Kraj	r. 1923	Maksymum lub minimum zachorowań w okresie dziesięciolecia		r. 1934
Austrja	3.152	w r. 1932	12.763	8.591
Anglja	85.603			152.351
Bułgarja	15.000	w r. 1930	1.429	3.554
Czechosłowacja	10.555	w r. 1933	4.052	28.671
Danja	3.851	w r. 1929	1.983	5.599
Estonja	675	w r. 1927	5.342	2.428
Finlandja	1.150	w r. 1929	4.943	4.657
Francja	5.254	w r. 1933	22.615	22.078
Grecja	1.913	w r. 1925	424	3.015
Holandja	3.577	w r. 1929	15.888	11.996
Litwa	230	w r. 1926	1.833	1.357
Łotwa	1.500	w r. 1926	3.970	2.486
Niemcy	27.234	w r. 1928	122.225	110.766
Norwegja	2.229	w r. 1930	8.823	3.031
Polska	15.746	w r. 1927	36.300	20.738
Rumunja	23.706	w r. 1931	33.413	15.927
Szwajcarja	2.137	w r. 1933	4.052	3.473
Węgry	6.386	w r. 1929	4.158	16.776
Włochy	1.340	w r. 1930	21.171	15.728

Komunikaty.

Łódzkie Tow. Lekarskie. Nagrodę konkursową im. Seweryna Sterlinga za najlepszą polską pracę o gruźlicy, drukowaną w okresie od 1 stycznia 1933 do 31 grudnia 1935, otrzymał prof. Leon Karwacki za pracę p. t. „O postaciach rozwojowych zarazka gruźliczego".

Pojawiło się drugie uzupełnione wydanie popularnej książki naukowej dr. Mierzeckiego o życiu płciowem i chorobach wenerycznych p. t. „Dla Twego zdrowia. Choroby weneryczne". Wydanie drugie z 11 rysunkami i fotografjami. Książnica-Atlas. Lwów—Warszawa. Praca ta, pisana zajmująco, stylem potoczystym. odbiega od innych tego rodzaju wydawnictw nietylko rzeczowem naukowem ujęciem przedmiotu i bogactwem treści, ale i działem profilaktycznym, historycznym, społecznym, anegdotycznym i spostrzeżeniami z praktyki życia codziennego. Przedmiot tak ujęty czyni książkę urozmaiconą, barwną i bardzo zajmującą. Dziwić się też nie należy, że książka ta spotkała się z pochlebną oceną zarówno fachowej prasy lekarskiej, jak i szerokiego ogółu. Ministerstwo Spraw Wojskowych i Ministerstwo Oświaty poleciły książkę dra Mierzeckiego oficerom, podoficerom i żołnierzom oraz wychowawcom.

Książnica-Atlas dołożyła wszelkich starań, by praca ta, wydana wykwintnie i ozdobna w 11 rysunków i fotografij, spełniła swe kulturalne zadanie i dzięki niskiej cenie (2 zł.) dotarła do szerokich warstw ludzi dojrzałych, zdrowych i chorych, wychowawców, rodziców a nawet starszej młodzieży.

Konkurs.

Dla uczczenia pamięci Dr. Władysława Kopytowskiego, zasłużonego ordynatora Szpitala św. Łazarza oraz Dr. Ksawerego Watraszewskiego, naczelnego lekarza tegoż szpitala i w celu nawiązania łączności z ich działalnością naukową szpitalne „Koło Dermatologów i Lekarzy innych działów Szpitala św. Łazarza" utworzyło dwa wieczyste fundusze stypendjalne, które wynoszą po 3.000 złotych każdy. Z odsetek od tych sum ufundowane są dwie nagrody, każda po 450 złotych, wypłacane co 3 lata.

1) Nagroda z funduszu im. ś. p. Dr. Władysława Kopytowskiego za najlepszą i wyróżnioną pracę z zakresu anatomji patologicznej skóry, z uwzględnieniem szczególnem badań histofarmakodynamicznych;

2) Nagroda z funduszu im. ś. p. Dr. Ksawerego Watraszewskiego za najlepszą i wyróżnioną pracę z dziedziny syfilidologji.

O nagrody konkursowe ubiegać się może każdy lekarz, obywatel Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgłoszone prace muszą posiadać cechy prac oryginalnych i nie mogą stanowić jedynie zestawień poglądowych lub rozpraw czysto teoretycznych.

Gdy praca konkursowa została wykonana przez dwóch lub kilku lekarzy, nagrodę dzieli się w równych częściach pomiędzy współautorów.

W razie niezgłoszenia prac w terminie przepisanym lub w razie nieprzyznania nagrody żadnej z prac zgłoszonych, nagroda konkursowa dolicza się do funduszu konkursowego, który w ten sposób ulegać będzie stopniowemu zwiększaniu.

W skład Komisji Konkursowej wchodzi 5 członków: dyrektor szpitala, jako przewodniczący, dwóch ordynatorów oddziałów skórno-wenerycznych, ordynator oddziału chorób wewnętrznych lub ordynator oddziału urologicznego i jeden z kierowników pracowni szpitalnych.

Odpowiadające warunkom konkursowe prace, które wyszły w druku w polskiej prasie lekarskiej w latach 1934, 1935 i 1936, należy zgłosić do dnia 15 marca 1937 r. do Dyrektora Szpitala św. Łazarza w Warszawie.

Rozpatrzenie zgłoszonych prac nastąpi najpóźniej do dnia 15 maja 1937 r.

Sprostowanie.

W Nr. 21, r. 1936, Pol. Gaz. Lek., w artykule Dr. T. Cybulskiego na str. 405 w ostatnim wierszu, nazwisko Moreau ma brzmieć Moro.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.